UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950-1951 N° 6

HALLUCINATIONS et AFFECTIVITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 15 Décembre 1951

par

Jacqueline VERDEAU

Interne des Hôpitaux
Diplomée de Médecine Légale
Diplomée de Médecine du Travail
Diplomée d'Hygiène
Diplomée de Médecine Coloniale
Diplomée de Médecine Aéronautique

née le 13 Octobre 1924 à Villeneuve Saint-Georges (Seine-et-Oise)

Examinateurs de la Thèse — Juges

MM. P. DELMAS-MARSALET, professeur. Président
CREYX, professeur
PERRENS, professeur
BERGOUIGNAN, agrégé

BORDEAUX

IMPRIMERIE CHILLIÉ

83, Cours Mal-Galliéni

— 1951 —

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950-1951 N° 6

HALLUCINATIONS et AFFECTIVITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 15 Décembre 1951

par

Jacqueline VERDEAU

Interne des Hôpitaux
Diplomée de Médecine Légale
Diplomée de Médecine du Travail
Diplomée d'Hygiène
Diplomée de Médecine Coloniale
Diplomée de Médecine Aéronautique

née le 13 Octobre 1924 à Villeneuve Saint-Georges (Seine-et-Oise)

Examinateurs de la Thèse :

MM. P. DELMAS-MARSALET, professeur. Président
CREYX, professeur
PERRENS, professeur
BERGOUIGNAN, agrégé

Juges

BORDEAUX

IMPRIMERIE CHILLIÉ

83, Cours Mal-Galliéni

— 1951 —

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyens Honoraires : M. DUPERIE, M. CHELLE.
Doyen : M. PORTMANN. — Assesseur : N...

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N...
id.	CREYX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
id.	MASSE.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathol. et micros. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clin. de la tuberculose	PIECHAUD.
Médecine légale et méd. du travail.	DERVILLEE.
Electroradiol. et clin. d'élec. médic.	REBOUL.
Chimie	N...
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin méd. des malad. des enfants.	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Clinique des maladies infectieuses	N...
Physique méd. et pharmaceutique	PIFFAULT.
Méd. col. et clin. mal. exotiques	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Clin des mal. des voies urinaires	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	BROUSTET.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

M. MESNARD (Pharmacien)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), M. BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	SARIC.
id.	DUBARRY.
id.	TRAISSAC.
id.	BERGOUIGNAN.
id.	LENG-LEVY.
Chirurgie générale	POUYANNE.
id.	LAUMONIER.
id.	CHAVANNAZ.
Obstétrique	MAHON.
id.	CHASTRUSSE.

	MM.
Ophtalmologie	BESSIERE.
Oto-rhino-laringologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et méd. du travail.	L'EPEE.
Electro-radiologie	LACHAPELE.
Odonto-stomatologie	MARONNAUD.
Urologie	LANGE.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR.
Accouchements	CHASTRUSSE.
Puériculture	VERGER et PERY
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
id.	COUSTOU.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	BABIN.
Cryptogamie	LAUBIE.

	MM.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Organographie et physiol. végétale.	TEMPERE.
Chimie biologique	NEUZIL.
Pathologie chirurgicale	LAUMONNIER.
id.	VILLAR.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R.UNIV. BIBLIOTHEEK

A MON PERE,

Monsieur le Docteur M. VERDEAU,

Officier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre.

A MA MERE,

Madame le Docteur G. VERDEAU.

MEIS ET AMICIS.

A MES MAITRES DE L'INTERNAT,

1948 - Monsieur le Professeur BONNIN.

— - Monsieur le Docteur E. DUBOURG.

1949 - Monsieur le Professeur JOULIA.

— - Monsieur le Professeur CREYX.

1950 - Monsieur le Professeur DELMAS-MARSALET.

1951 - Monsieur le Professeur DELMAS-MARSALET.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX.

A la mémoire de Monsieur le Professeur Otto KAUDERS,

Directeur de la Psychiatrische neurologische Universitätsklinik de Vienne.

Auprès de qui nous avons trouvé le plus aimable accueil et dont l'enseignement nous fut si profitable pendant notre séjour dans son service.

A Monsieur le Docteur A. REPOND,

Médecin-Directeur de la Maison de Santé psychiatrique de Malevoz, à Monthey (Valais).

Vous m'avez accueillie à Malevoz avec la plus grande bienveillance et vous avez bien voulu traiter en collaboratrice une élève fière de s'instruire à votre école. Soyez-en remercié.

A Monsieur le Docteur Jacques FAURE,

Ex-Chef de clinique neuro-psychiatrique.
Chargé de recherches à l'Institut National d'Hygiène.
Chef du laboratoire neurotechnique.
Croix de Guerre 1939-1945.

Votre amitié pour nous s'est manifestée en toutes occasions depuis le début de nos études médicales. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur R. BARGUES,

Ex-Interne des Hôpitaux.
Médecin des Hôpitaux psychiatriques.

Vous étiez déjà depuis de longues années un ami de notre famille, avant notre entrée à la Faculté de Médecine. Vous n'avez depuis lors négligé aucune occasion de nous témoigner votre sympathie en nous aidant de vos conseils, en nous faisant bénéficier de votre expérience et en nous acceptant dans l'intimité de votre foyer. Nous en sommes profondément touchée et vous en exprimons toute notre reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Edgard DUBOURG,

Médecin des Hôpitaux.

Vous resterez pour nous le modèle de la conscience professionnelle, de la bonté et du devoir. Nous garderons toujours le souvenir de vos enseignements et de votre paternel accueil. Soyez assuré de notre reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Agrégé LENG-LEVY,

Médecin des Hôpitaux.
Médaille d'or des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre.
Officier de l'Ordre de la Libération.
King's Medal for courage in the cause of freedom.

Vous avez été pour nous un guide précieux. Vous avez bien voulu nous associer à vos travaux. Nous sommes honorée de votre confiance et vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments reconnaissants.

À Monsieur le Professeur R. DUFOUR,

Chef des Travaux anatomiques.
Chirurgien des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre.
Officier d'Académie.

Nous admirons en vous non seulement le prestigieux chirurgien et le maître à l'enseignement précis, mais encore le savant modeste et profondément humain qui sait trouver dans les arts une détente aux soucis professionnels.

A Monsieur le Professeur Agrégé M. BERGOUIGNAN,

Médecin des Hôpitaux.
Croix de Guerre.
Officier d'Académie.

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance pour vos conseils éclairés, la richesse de votre enseignement, et l'intérêt que vous nous avez toujours témoigné.

A Monsieur le Professeur PERRENS,

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Château-Picon.
Chevalier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre.
Officier de l'Insrtuction publique.

Vous nous avez toujours traitée à l'égal de vos collaborateurs directs, avec votre indulgence et votre courtoisie légendaires. Nous sommes profondément touchée de l'honneur que vous nous faites de siéger dans notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur M. CREYX,

Professeur de Clinique médicale.
Médecin des Hôpitaux.
Officier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre.
Officier de l'Instruction publique.

Comme Président du jury de notre Concours d'Internat, puis comme professeur de clinique et chef de service hospitalier, vous avez été pour nous le maître le plus attachant et le plus indulgent. Nous conserverons toujours un souvenir ému des heures si instructives et si agréables vécues auprès de vous, qui pratiquez si bien l'art de « passer du grave au doux, du plaisant au sévère ».

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur DELMAS-MARSALET,

Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales.
Médecin des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre.
Officier de l'Instruction publique.

Mon cher Maître,

C'est à vous que nous devons l'orientation de notre carrière. Dès le premier contact, nous avons été conquise à la neuro-psychiatrie par l'attrait de votre enseignement et par la lumière que vous apportez dans la solution des problèmes les plus ardus. C'est auprès de vous que nous avons accompli la plus grande partie de nos stages hospitaliers, comme externe d'abord, puis comme interne.

Dans les service neuro-psychiatriques, en pays étrangers, l'accueil le plus empressé nous a toujours été réservé lorsque nous nous sommes présentée comme votre élève. Nous vous remercions bien sincèrement de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous sommes fière de placer ce modeste travail sous la haute autorité de votre nom. Notre meilleure récompense serait de ne pas vous décevoir et de continuer à mériter votre estime.

« Tu n'es qu'une hallucination, tu n'es qu'une manifestation de moi-même, c'est-à-dire de mes pensées, de mes sentiments les plus vilains et les plus bêtes. Tout ce qui est mort déjà depuis longtemps tu le traînes ici comme si c'était du nouveau. Tu es moi-même, seulement tu es un autre masque, tu dis justement ce que je pense... »

Dostoiewsky. *Les frères Karamazov.*

INTRODUCTION

Le problème des hallucinations est l'un des plus controversés, l'un des plus souvent discutés mais aussi l'un des plus captivants de la médecine mentale. De nombreuses théories explicatives, plus ou moins satisfaisantes, se sont succédées et ont été tour à tour abandonnées. La définition même du terme a varié.

Il faut avant tout mettre l'accent sur un fait : l'hallucination est un symptôme psychiatrique et, comme tel, inséparable de l'ensemble de la personnalité. La personnalité forme un tout indissoluble; un symptôme psychique quel qu'il soit ne peut, en aucun cas, en être détaché.

Dans tout phénomène hallucinatoire, il y a deux choses.

— l'hallucination proprement dite, avec tous ses caractères. L'hallucination auditive en est le représentant le plus complet, qui suppose une opération intellectuelle dont les bases sont la dépersonnalisation et l'objectivation.

Tout autres sont les hallucinations visuelles.

Les autres sens interviennent à un degré moindre. Nous en proposerons plus loin une classification.

— Toute hallucination, un peu riche, comporte une toile de fond sur laquelle elle se détache et qui lui donne souvent son sens; toile tissée tantôt d'affectivité, tantôt d'intellectualité ou de tendances instinctives mais toujours (quelle que soit la sphère prédominante), marquée au coin de l'affectivité dont elle tire sa signification et son symbolisme.

Goldstein a montré que les symptômes, dits élémentaires, représentaient des comportements complexes, qu'ils étaient variables et dépendaient « d'une multitude de facteurs constellatifs et de la situation dans laquelle l'observateur examine le malade ». Ces comportements font partie d'un organisme dans lequel tous les rapports et actions se déroulent, inséparables les uns des autres, et chacun du tout. L'hallucination, symptôme psychiatrique, est intégrée dans un comportement global. Elle tire de la personnalité dans son ensemble, organisée à un niveau inférieur (Hughlings Jackson) sa forme et son contenu.

On ne voit donc jamais une hallucination isolée. Sa production implique une erreur dans l'assignation « attribuée aux phénomènes psychiques dans l'échelle des réalités » (Janet). Cette erreur a des raisons, la toile de fond dont nous parlions tout à l'heure. L'esthésie passe donc au second plan derrière la notion primordiale de croyance délirante; « croyance asservitive » de Janet, qui oblige l'idée à y adhérer sans critique.

Il est, dès lors, impossible d'admettre que le délire puisse être créé par l'hallucination. Le plus habituellement l'inverse est la règle, le délire est la condition indispensable pour que se produise l'hallucination. Depuis déjà longtemps, des auteurs comme Chaslin, Quercy, Perrens, de Greef, l'ont souligné.

Cette notion de croyance délirante relie en une progression ininterrompue le rêve, phénomène normal, les illusions, les pseudo-hallucinations et les hallucinations vraies.

Nous pensons avoir suffisamment insisté sur la personnalité, « tout indissoluble, comportement global ». Si maintenant, on veut bien se représenter la part que prend dans cette synthèse complexe l'affectivité, on envisagera volontiers qu'à l'origine des hallucinations, il y ait justement cette affectivité, qui recouvre toute la vie psychique.

CHAPITRE PREMIER

L'AFFECTIVITE COLORE TOUTE LA VIE PSYCHIQUE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

« Qu'est-ce qu'une pensée qui n'aurait pas de cœur ? Qu'est-ce qu'un cœur qui ne serait pas éclairé au soleil de la pensée ? »

Charles PÉGUY.

Des théories psychologiques, physiologiques, philosophiques successives ont fait varier la conception de la nature de l'affectivité et de son rôle dans le psychisme.

A. - **Ce sont ces théories que nous voudrions esquisser rapidement pour aboutir aux vues synthétiques proposées par HESNARD et DE GREEF.**

Nous ne citerons, que pour les abandonner,

1° LA THÈSE INTELLECTUALISTE et

2° LA THÈSE PHYSIOLOGIQUE, qui rattache à des événements biologiques tous les états affectifs et les ramène ainsi à la manifestation de besoins et d'instincts, expressions de la vie végétative.

3° POUR NOUS ARRÊTER A QUELQUES-UNES DES THÉORIES PSYCHOLOGIQUES.

ABÉLY, ASSAILLY et LAINÉ proposent une thèse plus éclectique, sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs : nous verrons qu'elle peut en partie s'appliquer aussi bien au sujet

normal qu'au malade mental, c'est une preuve de sa valeur.

Il faut, selon eux, distinguer dans l'affectivité :

— l'humeur instinctive, domaine des émotions : peur, colère, angoisse, douleur ou joie, haine ou sympathie.

— la pensée affective formée des sentiments intellectualisés, inséparables du jugement et de l'intelligence, sentiments acquis par l'expérience, tels l'altruisme, la pitié, le sens éthique et esthétique, le sens social, ou moral.

L'homme normal est caractérisé par l'utilisation harmonieuse de ces différentes fonctions. Sur le plan évolutif, l'humeur instinctive a précédé la pensée affective et c'est grâce au diencéphale que s'effectue leurs interférences.

« Le diencéphale, carrefour de jonction et d'entente entre les organicistes et les psychogénétistes ».

Janet insistait déjà sur le fait que les sentiments n'étaient pas des faits psychiques aussi nettement déterminés que le voulaient les théories psychologiques classiques. Il montrait qu'ils ne dépendent pas seulement des circonstances extérieures mais surtout des dispositions intérieures et des facultés d'adaptation de l'organisme, ils sont essentiellement variables et mouvants. Leur équilibre, caractéristique de l'homme normal, résulte du fonctionnement correct des tendances régulatrices, « des rapports entre la force et la tension psychologique » et de l'acquis antérieur. Le rôle des sentiments diminuerait avec « l'asservissement de la force et l'élévation de l'esprit ».

Il met l'accent sur les émotions, qu'il étudie à la lumière de l' « émotion-choc », puissance désorganisatrice qui fait régresser le psychisme à des niveaux inférieurs. L'émotivité constitutionnelle supposerait donc une certaine diminution des fonctions régulatrices de l'action et une régression à

leur forme primitive. Elle constitue une aptitude à la psychose qui sera plus facilement déclenchée à la faveur de l'émotion-choc.

Borel continue dans la même voie. Le sentiment consiste pour lui en la combinaison d'une représentation avec l'émotivité, « nœud indissoluble », dont de Clérambault a fait le noyau de la passion. Celle-ci n'est qu'une amplification du sentiment, une formation idéo-affective dans laquelle l'exaltation porte sur les deux éléments qu'on ne sépare qu'en abstraction, d'une part, la représentation, qui devient l'idée prévalente, et d'autre part l'émotion, qui devient l'hyperémotivité. Le sentiment qui donnera naissance à la passion et au délire existe donc déjà dans l'esprit du sujet : s'il est parfois une préoccupation habituelle qui remplit toute la conscience, il peut être aussi plus ou moins atténué, et même latent, tout à fait à l'arrière-plan de la personnalité.

Il ne se formule alors nettement qu'au moment où le processus morbide se développe. Le sentiment banal de préjudice, la jalousie, par exemple, peuvent présenter tous les degrés, allant depuis la simple émotion normale passagère et peu intense jusqu'à la certitude totale et jusqu'à l'idée délirante. Nous reviendrons sur le caractère arbitraire de la séparation faite par la psychologie classique entre l'intellectuel et l'affectif. Borel le souligne en montrant combien l'idée prévalente, qui deviendra sentiment, puis passion, est empreinte d'émotivité, source de la certitude; c'est à ce compte seulement qu'elle pourra devenir préoccupation obsédante, source du délire, déclenchement à son tour d' « émotions-chocs », qui viendront renforcer le sentiment. N'avons-nous pas là en germe la notion de « cercle vicieux pathologique » que nous verrons intervenir dans le

mécanisme des hallucinations ? Reliés entre eux d'une façon indissoluble, les termes affectivité, délire, hallucinations fournent en une ronde infernale, suivant une véritable « loi d'auto-enrichissement ».

Minkowski sépare l'émotivité de l'affectivité et pense devoir distinguer encore « l'affectivité-contact, sentiment, conflit ».

Achille-Delmas et Boll refusent eux aussi de séparer la personnalité en ses constituants et montrent combien est fructueuse et indispensable l'attitude qui consiste à expliquer les manifestations d'un individu à partir de sa personnalité entière. D'une extrême complexité, la vie affective-active lui donne son orientation, en combinant dans des proportions variables cinq dispositions qui existent à des degrés divers en chacun de nous : les trois premières essentiellement affectives : avidité, bonté, sociabilité; les deux autres affectives-actives : activité, émotivité. Elles représentent l'élaboration des fonctions fondamentales de la vie instinctive. La vie dans son dynamisme est caractérisée par une unité profonde où cependant « l'émotivité et l'activité fonctionnent en général comme des adjuvants et où, inversement, les dispositions affectives paraissent fondamentales, de telle sorte que l'homme se caractérise par une véritable prédominance de l'affectivité ». A côté de la personnalité innée, les auteurs définissent une « personnalité acquise », « portion du comportement passé, qui s'est trouvée fixée par la mémoire ». Là encore la systématisation des souvenirs et l'origine des croyances comportent une part d'affectivité qui bien que variable est toujours immense, et qui atteint son apogée à propos des goûts et des inclinations, sentiments latents qui ne demandent qu'à renaître.

Se rapprochant des conceptions de Borel, ils définissent les passions comme des degrés très marqués des goûts et inclinations, qui, particulièrement intenses, sont gênées

dans leur satisfaction. L'humeur y joue un rôle essentiel. Les états passionnels côtoient le pathologique et créent chez les sujets à dispositions affectives marquées des paroxysmes parfois durables. A leur maximum chez les êtres dotés d'une constitution paranoiaque et hyperémotive, ils aboutissent à des états délirants cette fois en une transition insensible, du normal au pathologique.

En résumant leur étude de la personnalité, DELMAS et BOLL définissent ainsi l'affectivité : « l'ensemble des dispositions innées : avidité, bonté, sociabilité et des deux modes d'états acquis constitués par les goûts et les inclinations ».

Ils ébauchent ainsi la distinction que nous voudrions souligner entre « pensée affective » et « humeur instinctive », (ABÉLY) entre « affectivité consciente » et « pulsions inconscientes » (FREUD).

Bien avant eux, RIBOT bien qu'il séparât arbitrairement les faits de conscience en entités abstraites distinctes les unes des autres, montrait quel poids avait la vie affective en comparaison de l'intelligence; conservant toujours son indépendance et ses lois même quand le jugement et le raisonnement essayaient de prendre le pas sur elle. Il avait été jusqu'à décrire une « mémoire affective » ayant son autonomie propre.

Plus près de nous, le BÉHAVIORISME et l'ACTIVISME parlent en termes de conduite. L'aspect subjectif des émotions et des sentiments ne les empêchent pas de n'être au fond que des « cycles de comportement, des moments significatifs de l'action », des « régulations de l'action », disait JANET. L'inconscient devient non pas un « système de forces en soi », mais l'activité de l'individu telle qu'elle est le plus généralement ignorée. Ce sont donc toujours des comportements ou des conduites, segments du comportement d'ensemble de l'individu.

Nous ne voudrions pas nous égarer dans des aperçus

métaphysiques. Il nous semble pourtant que toutes ces conceptions marquent une évolution de la psychologie bien propre à faire avancer la connaissance de la personnalité d'abord, des faits psychiatriques ensuite, et des hallucinations plus particulièrement.

Minkowski soulignait, en 1950, lors d'une réunion de la « Société Française de Psychologie » combien l'avénement de la psychopathologie affective marquait une date dans la psychologie contemporaine. C'est à Freud que nous le devons, c'est lui qui, le premier, a mis en évidence le rôle du conflit dans l'établissement de la maladie.

C'est pourquoi, il nous faut insister sur ces aperçus nouveaux et si féconds que nous donnent les :

4° Théories psychanalytiques.

De la conception freudienne sur la structure du psychisme, l'abbé Jury nous apporte un résumé qui vaut par sa clarté. Après le stade œdipien, le psychisme comprend :

— le ça (das es) : la boule d'être inconsciente avec laquelle l'enfant naît, simple possibilité qui deviendra amas de forces instinctuelles élémentaires, au même titre que les forces naturelles.

— le Moi (das ich) : de l'inconscient devenu conscient et surtout resté inconscient mais élaboré par le déjà conscient à travers les circonstances de la vie ou par l'expérience ou sous l'influence des éducateurs. Deux ça semblables donnent des Moi totalement différents. Tous les « moi » ne sont pas également capables d'extraire du ça une œuvre d'art... et nous ajouterons, d'alimenter un délire : « On délire avec ce que l'on a », dit-on couramment. La comparaison de l'Abbé Jury est aussi poétique que satisfaisante : il y a chez tout homme des cordes, du bois, de quoi faire un violon, les éléments du violon, mais c'est tout. Seul

le Moi de l'artiste est l'instrument perfectionné qu'il a su en tirer.

— le Sur-Moi, enfin (= DAS ÜBER-ICH) représente le conscient et l'inconscient dans leur fonction morale et esthétique développés par l'éducation et désigne les défenses émanées des personnes successivement introjectées par l'enfant au cours du développement. Sur-Moi implique interdiction.

Nous verrons comment cette notion permet de comprendre l'existence et le contenu des hallucinations dans les délires de persécution.

Dans l' « Introduction à la Psychanalyse », FREUD tente une définition de l'état affectif et de l'affectivité dont il souligne la nature complexe et le dynamisme : l'état affectif est d'abord une « décharge » et comprend ensuite l'association de la « perception des associations motrices accomplies » avec les sensations directes de plaisir et de déplaisir qui impriment à l'état affectif son ton fondamental. Dans certains états affectifs on peut remonter au delà de ces éléments jusqu'au noyau autour duquel se cristallise tout l'ensemble, constitué qu'il est par la répétition d'un certain événement important et significatif vécu par le sujet. Cet événement peut n'être qu'une impression très reculée, d'un caractère très général, impression faisant partie de la préhistoire, non de l'individu mais de l'espèce.

Ici, nous trouvons en germe la doctrine de JUNG et la notion des « archétypes ». Nous verrons qu'elle s'applique à certains cas de délire hallucinatoire, elle permet de comprendre, par exemple, certains cas de possession diabolique. L'état affectif pour FREUD est, en bref, une « réminiscence déposée ».

Quant à l'angoisse, l'impression reculée qu'elle reproduit ne peut être que le traumatisme de la naissance, notion bien controversée.

Il est aussi exagéré d'accorder, avec FREUD, dans la genèse des processus affectifs, la primauté à l'instinct sexuel.

JUNG voit dans l'affectivité l'élément principal de la conscience.

Elève du Docteur A. REPOND, H. ARTHUS met l'accent dans son livre « Une psychologie virtualiste : le village, test d'activité créatrice », sur l'affectivité, en cause chaque fois qu'il y a un rapport quelconque entre des images ou des idées liées à un intérêt directement ou indirectement dérivé de nos tendances instinctives primordiales. C'est dire qu'elle intervient sans cesse. Il la voit sous un angle nouveau en lui considérant :

— une forme passive : « l'impressionnabilité », c'est-à-dire la faculté d'éprouver des sensations. Cette faculté est conditionnée par notre plus ou moins grande perméabilité.

— une forme active : « l'intérêt », en relation avec la valeur des stimuli recueillis en tant qu'éléments générateurs de réactions, dont la présence ou l'absence, la rareté ou la fréquence, et l'efficacité plus ou moins grande conditionnent notre réagibilité.

Chacun sait établir la distinction entre ce « par quoi » il est pris passivement (impressionnabilité) et ce « à quoi » il s'intéresse (appétence vers un but déclenchant des réflexes adaptés). Quant à l'émotivité, aptitude à réagir à des stimuli actuels ou réactivés, elle est par ses diverses manifestations à l'origine de sensations qui sont, elles, des éléments de notre affectivité.

Le champ de l'affectivité a donc été, en général, sous-estimé, puisque les classiques ne tiennent pas compte des sensations ou images recueillies à l'occasion des réactions purement organiques d'émotivité. Autrement dit, quand

une image apparaît dans le champ de notre conscience, nous devons considérer deux choses :

— l'image en elle-même.

— le caractère agréable ou désagréable qu'elle présente, autrement dit, le rapport dans lequel nous sommes avec cette image, « élément non-moi conservé dans le moi ».

Et nous en revenons ainsi à ce que nous disions dans le chapitre d'introduction : dans l'hallucination, il nous faut considérer deux choses absolument inséparables, le phénomène lui-même d'une part et, d'autre part, la toile de fond sur laquelle il se projette, le Moi avec sa complexité et sa charge affective.

Nous anticiperons en donnant dès maintenant la définition qu'ARTHUS nous propose : « Les hallucinations résultent d'une confusion entre la représentation et la réalité : une image-souvenir réactivée est prise par le sujet pour une sensation extérieure, réelle et actuelle ».

5° SYNTHÉTISANT LES CONCEPTIONS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHANALYTIQUES MODERNES, HESNARD, behavioriste et phénoménologiste à la fois, psychologue et analyste, nous propose la théorie suivante : l'importance pratique de la notion d'affectivité est immense. Il faut considérer les faits affectifs en eux-mêmes.

— Plaisir

— Douleur

— Emotions

— Sentiments, et les replacer dans le Drame.

Les instincts, les tendances correspondent à des conduites particulières, et non à des forces. L'affectif doit être caractérisé en termes de comportement. L'affectivité n'est pas une « quantité d'énergie déplaçable » et par là il s'op-

pose aux psychanalystes « orthodoxes » ; vibration affective et appétence sont des mouvements. L'affectif doit être conçu comme une caractéristique de certains comportements, ceux qui possèdent une signification psychologique spéciale, les comportements « dramatiques » d'intérêt à la fois humain et singulier. Tandis que l'affectif est inclus dans l'Humain, l'Humain est un affectif abstrait ou général. L'affectivité caractérise plus spécialement les conduites « d'appétence, appropriantes des objets vitaux essentiels » destinés à satisfaire le besoin d'amour et de protection.

Il juge artificielle la distinction que fait Bleuler entre la « vie intérieure » vécue en tant que telle (Erlebnispsychologie) et « les significations objectives » (Geisteswissenschaftspsychologie).

Là où son point de vue est vraiment nouveau, parfois fécond et dépasse la notion freudienne de conflit, c'est lorsqu'il met au premier plan la valeur éthique, au-dessus de la valeur affective. « Le primat de la vie affective doit céder la place au primat de la vie affective-éthique ». L'interdiction et la culpabilité qui en dérive, apparues dans les premières phases du développement conditionnent tout le psychisme. Freud, au contraire, disait : « La conscience morale naît sur le terrain de l'ambivalence affective », l'un des deux termes de l'opposition demeurant inconscient étant retenu à l'état de répression par l'autre. Les psychologues classiques cherchaient aussi à expliquer les faits de culpabilité si importants dans la genèse des délires et dans leur projection hallucinatoire, par un mécanisme affectif. Pour Hesnard, « toute situation de contradiction entre des conduites incompatibles dans leur réalisation est vécue par l'individu comme perte de valeur éthique personnelle, perte de valeur qui s'exprime par la signification de culpabilité ». Adler, mettant en valeur

le sentiment d'infériorité, n'avait pas compris toute son importance.

C'est par cette notion que HESNARD opère la jonction des théories psychologiques et psychanalytiques.

A la lumière de cette notion de culpabilité, les psychoses ne sont pas seulement un retour des désirs et des craintes refoulés, mais surtout l'expression de la fonction humaine personnelle de moralité des conduites morales hyper-exigeantes et déformées que le sujet s'est imposées et qui se heurtent à l'existence pratique. La pensée morbide rejoint la pensée du rêve et la pensée primitive à travers la conduite fondamentale de culpabilité. Si bien que les délires et les hallucinations qui les explicitent, ne sont pas tant l'expression des désirs refoulés que « l'évasion hors des contraintes ». Leur « univers morbide » fait triompher la propre éthique du malade et l'affranchit de la règle morale collective. Les conflits traumatisants sont en réalité des conflits d'ordre éthique qui entraînent des conduites anormales parce qu'ils se heurtent à l'Interdiction, « cette irréalité extraordinairement efficiente de la culpabilité endogène ». « La signification éthique est pour l'individu le phénomène lui-même que le biologiste ou le behavioriste appellent la situation conflictuelle. »

Il est indiscutable qu'en psychiatrie, nous rencontrons à chaque pas, plus ou moins consciente, la plupart du temps refoulée dans l'inconscient, l'existence d'une culpabilité, mais il nous semble plus conforme à la réalité de l'intégrer à l'affectivité en même temps que DE GREEF :

. Les « structures affectives » sont fondées :

— d'une part sur les instincts de défense, sources de l'agressivité qui, projetée au dehors, explique la tendance primitive à doter l'entourage d'intentions hostiles, « l'intentionalisme », dit PIAGET.

— D'autre part, sur les instincts de sympathie, tels l'instinct maternel.

La culpabilité naît de l'inhibition de l'instinct de sympathie par les instincts de défense et s'édifie depuis l'enfance à l'occasion des situations conflictuelles. Tout se passe « comme si la réaction affective liée à la perte de contact sympathique avec l'extérieur était ressentie comme plus dramatique que le plaisir de l'affirmation de soi ».

Par conséquent, quelle que soit leur position, tous les auteurs que nous avons cru devoir évoquer mettent l'accent sur l'affectivité, fait psychique primordial, conduite normale et comportement morbide, avec son substratum biologique, avec ses éléments à la fois conscients et inconscients tendant à rompre les barrières de la censure, origine ou élément de la valeur éthique.

Nous voudrions, en revenant à un aspect plus pratique pour la compréhension des faits psychiatriques, essayer de nous représenter :

B. - **Le rôle de l'affectivité dans le psychisme normal et pathologique qui permet de comprendre les transitions insensibles les reliant l'un à l'autre.**

Certaines des opinions émises par Burstin (« Pensée affective et Psychopathologie », A.M.P., 1939), certaines des notions psycho-biologiques d'Abély, nous semblent particulièrement dignes d'intérêt mais à condition de ne pas laisser de côté l'étude de l'inconscient.

1° Rôle de l'affectivité dans le Psychisme normal : Nous pouvons concevoir le Psychisme comme représenté par différents « niveaux », pour parler en termes jacksonniens.

— Au sommet, la pensée rationnelle, secondairement

élaborée à partir de la pensée spontanée, elle s'en distingue pourtant; elle essaye de s'évader de l'emprise du sensible et, perfectionnée au maximum, distingue « le subjectif de l'objectif, le Moi du non-Moi ». Elle est pourtant obligée d'admettre encore une vie affective supérieure, une sensibilité seconde à côté de sa faculté d'abstraction. C'est sous cette forme que la possède l'artiste, chez qui tout est affectivité. C'est cela qui nous permet de comprendre les rapports entre l'œuvre artistique et le délire, voire les hallucinations, chez un Schumann, un Maupassant, par exemple. Cette affectivité supérieure, riche et variée, c'est justement la pensée esthétique.

Même dans les sphères les plus évoluées, l'affectivité de l'artiste subjugue encore sa pensée rationnelle, incapable de s'évader, rattachée par sa base à la pensée affective et par là à ce qu'Abély appelle « l'humeur instinctive ». « La musique est la prise de conscience sonore par une sensibilité seconde des régions psychiques qui demeurent inconscientes pour la pensée conceptuelle », dit André Michel (« Psychanalyse de la Musique »).

— Au-dessous, règne la « Pensée affective ». C'est la pensée égocentrique de l'enfant et du primitif, racine de la pensée rationnelle qui en découle par élaboration secondaire. Acquise elle-même à la faveur de l'ambiance familiale et morale, et de l'expérience personnelle, elle se situe à mi-chemin entre l'humeur instinctive et la pensée abstraite rationnelle. Elle est capable de s'enrichir et de s'élever, mais aussi de régresser sous l'influence d'agressions biologiques ou émotionnelles.

Elle colore la vie intellectuelle, à une échelle moins élevée, pourrait-on dire, que la « pensée esthétique ». Il semble y avoir entre ces deux sphères à la fois équilibre et balancement. « Il y a dans tout processus intellectuel un appoint affectif et dans toute réaction affective un appoint intellectuel » (Abély).

En connexion étroite avec le domaine de la « Mémoire affective », de Ribot, la pensée affective correspond en somme au subconscient des analystes, qui ne demande qu'à franchir l'inhibition pour apparaître à la conscience claire. C'est d'elle que dépend la fixation du souvenir, des rêves hallucinés du confus onirique, fixation solide parce qu'affective qui donnera naissance au délire post-onirique. La valeur éthique de Hesnard se situe là, renforçant la charge affective par une charge morale à teinte de culpabilité. La pensée affective n'est plus caractérisée par la distinction de l'objectif et du subjectif, elle est, au contraire, axée sur la notion de sujet. Comme l'enfant, elle voit la réalité reflétée à travers elle-même et par conséquent déformée; elle se construit un monde irréel en fonction de ses désirs. Elle ne perçoit que l'immédiat et ne connaît que le présent. A l'état normal, déjà la logique est asservie à l'affectivité, mais au niveau de la pensée affective, une « logique affective » est substituée à la logique rationnelle. Elle choisit parmi les opérations logiques, les groupements favorables à nos désirs et à nos craintes; primitif, fondamental, essentiel, ce mode de jugement finit par justifier nos tendances profondes qui restent inconscientes. Exagéré, ce processus structure et systématise le délire, pathogénèse « idéo affective », mise déjà en évidence par Sérieux et Capgras.

Etablissant des rapports entre les impressions sensibles correspondant aux objets perçus et non entre ces objets eux-mêmes, la pensée affective construit des schémas plurisensoriels. Le primitif élabore ainsi ses mythes, le délirant projette sa pensée affective sous forme d'hallucinations de tous les sens et de synesthésies (délire mescalinique). L'enfant ne fait pas autrement.

« Peut-être ne retrouvera-t-elle pas sa subtilité d'enfant,

et la supériorité de ses sens qui savent goûter un parfum sur la langue, palper une couleur et voir, fine comme un cheveu, fine comme une herbe, la ligne d'un chant imaginaire. »

COLETTE. (« La Maison de Claudine »).

N'est-elle pas enviable la subtilité que donne à l'artiste la richesse de sa pensée affective, qui faisait dire au pianiste roumain DINU LIPATTI, l'an dernier, peu avant sa mort, lors de son dernier récital à Genève :

« Je regarde le ciel, et dans la marche des nuages j'entends de la musique. »

C'est donc par la pensée affective que s'unissent les primitifs, les enfants, les poètes et les délirants, c'est dans ce monde subtil et sensible que se trouve la source du symbolisme, l'univers freudien et ses mécanismes de transposition, de déplacement, de condensation... qui sont aussi ceux du rêve. Nous allons y revenir.

L'état de veille ou le développement progressif de la logique rationnelle substituent le raisonnement abstrait à la croyance uniquement affective, et essayent sans cesse d'élever et de maintenir le psychisme au niveau dit supérieur de la pensée conceptuelle. Que la « tension psychologique » (JANET) se relâche, qu'une agression biologique ou émotionnelle survienne, voici la pensée spontanée ou affective qui s'empresse de remplacer l'autre, plus évoluée, mais aussi plus fragile. L'essentiel de la théorie organodynamiste de JACKSON, appliquée par EY à la psychiatrie, est là.

— A un niveau encore inférieur, l' « humeur instinctive » est elle-même la racine de notre pensée affective. Immuables et communes à tous, les pulsions instinctives associées à un énorme contexte biologique, constituent l'étage inférieur, animal, de l'affectivité. Sous-tendues par l'agressivité ou l'angoisse, elles cherchent par tous les moyens à

rompre les barrières des inhibitions pour se satisfaire. Elles comprennent tous les sentiments de valeur universelle (Jung) et les passions chargées d'impulsivité.

C'est l'inconscient total, constant, universel, le « ça » des psychanalystes. Il échappe au contrôle de la pensée. Endigué par la pensée affective, quand il lui échappe, il submerge tout et amène au jour, heureusement de façon passagère, tout ce qui constitue les instincts les plus primitifs.

« L'inconscient, ce nouveau Styx, de ses flots difficilement contenus, soulèverait parfois des lames destinées à faire craquer les digues qui arrêtent les indésirables affectifs ou moraux » (Abély).

Le délire, permettant d'en projeter les éléments à l'extérieur, sous la forme d'hallucinations, constitue une sorte de défense et permet au sujet de regarder en face ce qui n'est, en réalité, que l'expression de son propre inconscient qu'il renie.

« El sueño de la razon produce monstruos ».

Goya. (« Les Caprices »).

2° Rôle de l'affectivité dans le Psychisme anormal :

Nous avons déjà entrevu combien il est satisfaisant d'appliquer notre schéma de l'affectivité au Psychisme anormal et à la genèse des délires. Nous voudrions le préciser et y insister encore.

« Synthèse et hiérarchisation », dit Burstin, « sont les deux conditions indispensables au fonctionnement du mécanisme mental ». Que les deux soient troublées, ensemble ou séparément, et alors se produira une baisse de niveau (organodynamisme) avec ses phénomènes négatifs et ses phénomènes positifs d'organisation à ce nouveau stade. Et d'autre part, comme dans le rêve, les faits, au lieu de se hiérarchiser, se juxtaposeront. (Freud). Tous les éléments

de la pensée morbide existent déjà dans la pensée normale. Nous n'insisterons pas ici, nous y reviendrons dans un des chapitres suivants.

Parmi les constitutions mentales, ce sont celles dans lesquelles l'affectivité déviée, hypertrophiée, intervient avec le plus de force, qui donneront naissance de préférence aux délires et aux hallucinations : au premier chef, la constitution paranoiaque; nous sommes sur le plan de la pensée affective avec son égocentrisme, son orgueil morbide, sa logique toute personnelle. La constitution hyperémotive appartient aux sujets qui réagissent d'une manière particulièrement brusque aux émotions et dépassent les réactions du sujet normal. Il est rare d'ailleurs que les constitutions psychopathiques soient pures; l'association des deux précédentes constitue la condition idéale pour l'éclosion des phénomènes délirants et hallucinatoires. Un premier conflit, agression initiale, entretenu par une situation conflictuelle qui l'empêche de se liquider, une émotion pathogène agissant sur ce terrain prédisposé et voilà que jaillit le trop-plein émotionnel avec ses mécanismes de projection, essai malheureux d'autodéfense : c'est la paranoia aiguë, la « sensitive Beziehungswahn » de KRETSCHMER.

Avec les constitutions mentales telles que les définit la Psychologie classique, nous nous situons sur le plan de la pensée affective.

ODIER définit trois groupes de sujets par rapport aux caractères de leurs pulsions; ils auront, eux aussi, pourrions-nous dire, des aptitudes affectives morbides variables sur le plan, cette fois, de l'humeur instinctive :

— en faible minorité, le premier groupe est doté d'un

« état de grâce » : les pulsions instinctuelles tendent à s'éteindre, puis à disparaître sans laisser de traces.

— un second groupe garde de ces pulsions disparues une sorte de « schéma affectif » qui se traduit sous forme de conduites et tend à se répéter. Ce sont les attitudes œdipiennes persistantes, équilibre instable, parfois source de conflits, les « situations triangulaires » d'Hélène Deutsch.

— un troisième groupe, enfin, est celui dans lequel les pulsions se réveillent de façon périodique ou définitive et deviennent l'origine de troubles graves. Le schéma œdipien a dégénéré en complexe d'Œdipe, les tendances n'ont pas été éliminées, elles ont, au contraire, gardé leur « réalité psychique » et se projettent dans le délire.

Seulement, le sujet n'en est pas conscient. « Alors que les images ainsi formées demeurent vivantes en notre cœur et éclairent notre esprit, le cœur et l'esprit restent aveugles aux sources affectives dont elles proviennent et qui persistent à les investir de leur pouvoir fascinant ».

A l'heure actuelle où, délaissant le domaine de l'abstraction, la Psychologie aborde une phase expérimentale, elle cherche à soumettre ses affirmations à l'épreuve de la vérification. Nous essayerons d'étayer, par des preuves expérimentales, notre théorie affective des hallucinations. Bien loin de revenir aux théories mécanistes, les apports fournis par l'expérience scientifique à la compréhension de l'affectivité sont une introduction à ce prochain chapitre.

C. - Les apports expérimentaux à la compréhension de l'affectivité. Son substratum anatomo-biologique.

1° L'expérimentation a suivi des voies diverses :

— Les sections et ablations chez l'animal permettent de

localiser l'affectivité dans le cortex. Le pigeon décérébré suprathalamique n'est plus qu'un automate capable d'adaptation. Infrathalamique, il ne satisfait même plus ses instincts primordiaux et reste dans une perpétuelle somnolence.

Le chien décérébré de GOLTZ vécut dix-huit mois et récupéra en partie ses fonctions motrices, mais il avait perdu tout ce qui nous pousse à attribuer à l'animal sentiment et intelligence.

Le chien hémisphérectomisé de ROTHMANN garde intactes ses fonctions instinctives primaires mais « sa physionomie éteinte ne laisse percer aucune expression indicatrice d'un sentiment ».

Chez les animaux suprathalamiques, une certaine mémoire relative aux besoins d'alimentation est conservée mais on ne trouve plus aucune manifestation de sentiment ou d'affection.

2° Etudiant LES TRAUMATISMES CRANIENS ET LES TUMEURS CÉRÉBRALES, les neurochirurgiens font avancer le problème.

FÖRSTER estime qu'il existe au niveau de l'hypothalamus une partie antérieure à action excitatrice sur le cortex, freinée par la partie postérieure avec possibilité de libération et de freinage réciproques entre ces deux pôles anatomiques. Il en fait le siège des pulsions instinctives.

Tandis que FULTON, s'appuyant aussi sur les résultats de la

3° PSYCHOCHIRURGIE, nous dit : « Il n'y a aucun doute que les aires préfrontales chez les êtres humains normaux rendent possibles le pressentiment de l'avenir et que dans certaines conditions pathologiques ces mêmes aires déclenchent l'ennui et l'appréhension ».

ABELY, LAINÉ, ASSAILLY montrent cependant que les lobes

préfrontaux ne résument pas toute la pensée affective puisque la leucotomie ne l'abolit pas tout entière. Il est artificiel de séparer les éléments du couple hypophyso-hypothalamique d'une part et le cortex d'autre part.

4° L'ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE nous apporte des données nouvelles particulièrement intéressantes qui amènent J. FAURE à définir « une constitution bio-électrique de l'hyperémotivité ». Poursuivant les recherches à partir de cette notion, nous avons pu étudier les modifications de l'E.E.G. et du réflexe psycho-galvanique chez les délirants hallucinés en faisant varier les conditions de l'expérience : à l'état de veille avec présentation des planches du Rorschach et du TAT, et sous narcoanalyse, les tracés étant pris pendant l'interrogatoire. L'auteur utilise les dérivations standard et la dérivation basale qui lui permet de capter les potentiels diencéphaliques. Le tracé basal est d'autant plus altéré que les conflits et la tension émotionnelle sont plus importants et d'autre part, ces altérations correspondent à des perturbations du tracé cortical, variables suivant le degré de tension émotionnelle. On peut trouver soit une influence réciproque du diencéphale sur le cortex, soit une libération des rythmes corticaux. Les conclusions de cette importante étude sont les suivantes :

— les émotifs et anxieux présentent un ensemble de caractères bioélectriques : apparition trop facile d'un changement des tracés sous une légère émotion, perturbations parallèles à l'intensité de la tension émotionnelle, fréquence d'un trouble diencéphalique d'autant plus intense que l'émotion est plus profonde, labilité de la synchronisation neuronique qui s'exprime par une instabilité du rythme alpha.

— il existe quatre types d'activité corticale chez les anxieux, mais cependant

— une constitution bioélectrique de l'émotivité peut être

définie : « caractérisée par une tendance excessive à la modification des potentiels bioélectriques cérébraux et du régime de synchronisation neuronique, ainsi que par la possibilité du retour à un régime électrique normal, à condition que surviennent une dérivation de l'attention ou une détente suffisamment apaisante ».

Enfin,

5° L'ÉTUDE DE LA VASCULARISATION CÉRÉBRALE EN RELATION AVEC LES FACTEURS ENDOCRINIENS nous apporte, elle aussi, des vues nouvelles qui complètent les éléments précédents sans les contredire.

FREUD avait déjà soupçonné aux phénomènes psychiques un substratum hormonal.

DUBLINEAU précise la nature biologique du « stock émotionnel » de l'individu lié au jeu diencéphalo-hypophysaire, tandis que les formes d'affectivité différenciées sur ce fond commun seraient liées à l'action prédominante des instances sexuelles, thyroïdiennes ou surrénales, essentiellement évolutives et dynamiques. L'ensemble permet de décrire des « types affectifs » assez stables malgré la variabilité des facteurs.

Tandis que GUIRAUD montre la complexité de l'affectivité liée au fait qu'elle est « humaine » et a ses racines dans le psychisme primordial, dans ses composantes d'ordre instinctif « hormonothymiques » à la fois thymiques et dynamiques, à substratum neurovégétatif et endocrinien. Leur atteinte serait essentielle dans les délires.

LAINÉ étudie la vascularisation cérébrale : c'est dans la substance grise du cortex et dans l'hypothalamus qu'elle se trouve à la fois le plus développée et le plus sensible aux variations de la circulation générale.

L'infiltration novocaïnique du sinus carotidien donne

une hypertension transitoire avec modifications spectaculaires de la tonalité affective dans le sens dépressif, tandis que l'hypotension s'accompagne d'excitation euphorique. A l'état de veille, la pensée affective correspondrait donc à une hyperactivité des aires préfrontales et à une vaso-dilatation cérébrale. Chez les cyclothymiques, étudiés par Lainé et Abély des modifications de la tonalité affective coïncidaient toujours avec une variation de tension artérielle. La contre-épreuve en a été fournie par l'utilisation de substances chimiques agissant sur la circulation cérébrale (vasodilatateurs tels que la caféïne, par exemple) et en particulier par l'étude des substances hormonales actives par l'intermédiaire des variations circulatoires : l'exemple le plus net est celui de la folliculine, vasodilatatrice cérébrale, hormone féminine de la pensée affective, génératrice d'anxiété et responsable de certains syndromes mélancoliques. Ces expériences sont particulièrement intéressantes, mais il nous semble qu'Abély, étudiant ensuite les facteurs purement endocriniens de l'affectivité et faisant de la thyroxine, par exemple, l'hormone de l'intelligence, par opposition à la folliculine... pousse les choses trop loin et se lance dans des hypothèses peu fructueuses au point de vue thérapeutique d'une part, et non suffisamment étayées sur des faits, d'autre part.

En corollaire, les auteurs proposent une classification des délires en :

- corticaux, épanouissement de l'anxiété éclos sur les troubles de la pensée affective.
- sous-corticaux, basés sur les troubles de l'humeur instinctive, teintés d'angoisse, expression d'un danger physique, organique par opposition au danger psychique qu'exprime l'anxiété.

Et, ce qui est encore plus discutable, ils considèrent que seuls les premiers peuvent être générateurs de phénomènes hallucinatoires.

Pouvons-nous, après tout ceci,

D. - **Conclure sur le rôle de l'affectivité dans la vie psychique normale et pathologique et nous faire une idée de sa nature ?**

Nous dirons avec Bleuler que tout processus psychique conscient comporte la connaissance, la volonté et le sentiment, mais que l'un ou l'autre prédomine sans jamais exclure les deux autres et que c'est l'affectivité qui joue le rôle déterminant. Elle est encore plus essentielle dans le préconscient et l'inconscient où elle ne fait qu'un avec les instincts et les tendances. Les affects sont capables d'inhiber certaines perceptions, celles qui sont en opposition avec eux, de diriger les associations d'idées, de polariser l'attention, d'influencer la mémoire et de modifier le caractère.

Le psychiatre se doit donc d'éviter devant ses malades une attitude trop rationnelle et intellectualiste, une dissection artificielle des phénomènes morbides étudiés, indépendamment de la personnalité. Le contact affectif et la sympathie sont indispensables pour comprendre le malade et pouvoir l'aider. C'est le seul terrain d'entente possible entre l'observateur et le sujet observé. Sa personnalité essentiellement mouvante et complexe est la source de phénomènes morbides qui ne peuvent être saisis qu'à travers elle et nous sommes bien loin des discussions stériles qui cherchaient à opposer entre elles les hallucinations et les interprétations délirantes, par exemple. « Interprétation, fluidité, tel est l'aspect des faits psychologiques », dit Konezewski. Seul le délire qui leur donne naissance doit être

considéré comme essentiel, basé sur une tendance instinctivo-affective. Il est lui-même l'expression de la personnalité profonde, de ses facteurs affectifs subconscients, considérés comme évolutifs dans le temps, gardant la marque du passé, et se continuant dans le présent et l'avenir « selon un rythme qui s'identifie avec la durée intérieure ».

La Psychologie normale et l'étude des maladies mentales montrent bien à quel point notre Moi est profondément influencé par l'affectivité et combien l'action du jugement est artificielle et faible en comparaison. Tous s'accordent à peu près maintenant pour localiser les pulsions instinctives élémentaires au complexe hypothalamo-hypophysaire et la pensée conceptuelle inséparable de sa charge affective aux aires d'association préfrontales.

Delay résume ces conceptions :

« Le diencéphale est le régulateur de l'humeur, cette disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur », tandis qu'il insiste sur l'importance des associations cortico-basilaires, dans le sens d'une inhibition de l'écorce sur les pulsions instinctives.

Salmon pense que l'existence d'un centre affectif, s'il existe, ne peut siéger que dans les lobes frontaux, tandis que Hesnard s'appuie sur les résultats de la psychochirurgie pour s'affirmer résolument « antilocalisationniste » : le trouble observé après lobotomie n'est pas l'atteinte de telle ou telle fonction mais seulement « l'amoindrissement de la personnalité dans sa singularité d'expression, de ce je ne sais quoi qui fait qu'un tel individu est lui et non un autre ».

Le substratum bio-hormonal de l'humeur et de l'affectivité ne fait plus aucun doute : les glandes endocrines

agissent sur la vie psychique dans leur ensemble par l'intermédiaire du diencéphale et elle-même, à son tour, influence le tonus sympathique et la régulation neuro-hormonale. Maranon considère que ces liaisons se font probablement par l'intermédiaire de médiateurs chimiques et de phénomènes chimico-électriques encore mal connus.

Si nous voulons en terminant tracer un schéma d'ensemble de l'activité mentale, nous pourrions dire, en utilisant la notion de niveaux d'Henri Ey que, tout près de l'activité-réflexe se trouve le jeu de notre activité psychique élémentaire avec le stock des images, de nos habitudes motrices et idéiques, de nos instincts et de nos tendances. A un degré de plus, c'est le plan du jeu, des phantasmes du rêve, des rêveries, dominé par la pensée affective. Au degré supérieur, l'activité adaptée au réel et à ses lois est le domaine de la pensée logique mais encore soumise à l'affectivité. Chaque plan nécessite une utilisation de plus en plus grande de la « tension psychologique » (Janet), et les rapports qu'ils entretiennent entre eux, sont plutôt dans le sens d'une inhibition réciproque, que dans celui d'un accord. Il nous semble plus satisfaisant de substituer à cette notion de plan, celle qui ne la contredit nullement, de sphères à contours mobiles dont les limites variables, toujours en mouvement, tantôt se séparent, tantôt s'interpénètrent. Sphère de la causalité, sphère de la pensée affective, sphère des instincts sans cesse en évolution, rendant compte de la complexité de la vie psychique et de l'irruption des phénomènes morbides.

***

CHAPITRE II

LES THEORIES EMISES SUR LES HALLUCINATIONS. LEURS BASES, LEUR VALEUR.

Les théories explicatives des phénomènes hallucinatoires peuvent se répartir en trois catégories : dans sa thèse, Nodet distingue :

— Les théories mécanistes.

— Les théories noétiques.

— Les théories organodynamistes.

A. - Les théories mécanistes.

Elles font de l'hallucination un phénomène primitivement athématique, étranger à la personnalité, et dans lequel l'esthésie est le caractère primordial. Il naît alors un sentiment de malaise. La toile de fond ainsi constituée donne en un troisième temps leur signification aux hallucinations et sa structuration au délire qui devient donc l'effet de ces dernières. Ces théories supposent aux faits étudiés un substratum anatomique nettement défini.

Trois hypothèses nous paraissent devoir être classées sous cette rubrique.

1° Les théories de l'excitation périphérique :

Foville fait appel à l'origine sensorielle et non pas centrale de l'excitation, il fait de l'hallucination une maladie de

la perception due à un fonctionnement défectueux des organes des sens.

Il s'appuie sur les faits suivants :

— On voit des sujets d'intelligence normale halluciner autant que d'autres.

— Il y a fréquemment chez eux des lésions des organes périphériques.

— Les malades ont souvent des hallucinations unilatérales du côté où existe le trouble sensoriel.

— Ils ont parfois recours à certaines manœuvres pour diminuer les phénomènes morbides, telles que fermer les yeux, se boucher les oreilles.

— Binet et Férié ont montré que l'halluciné peut voir une image double quand on exerce chez lui une pression oculaire unilatérale. Un prisme placé devant ses yeux, entraîne une décomposition de l'image. Les hallucinations visuelles peuvent donc suivre les lois de l'optique.

Régis souligne aussi le rôle de l'excitation périphérique.

Les faits suivants suffiront pour nous permettre de refuser catégoriquement ce point de vue.

— Les sourds-muets et aveugles peuvent avoir des hallucinations dans la sphère sensorielle touchée.

— Les hallucinations, progressivement croissantes et plurisensorielles telles qu'on les trouve dans certaines paraphrénies ne peuvent pas être ainsi expliquées.

— Enfin, une telle théorie n'est admissible à la rigueur que pour certains phénomènes élémentaires restreints, acouphènes et phosphènes qui sont reconnus par le sujet comme morbides et n'entraînent jamais à leur suite de construction délirante.

Il faut autre chose pour rendre compte de l'existence de la croyance délirante, une baisse de niveau psychique est

nécessaire. D'autre part, on a constaté le passage inverse, suivant la reconstruction du psychisme normal, des hallucinations idéiques à des phénomènes moins complexes et stéréotypés pour revenir à des acouphènes ou à des phosphènes simples.

2° Les théories de l'excitation centrale ne font guère plus avancer le problème.

Luys et Ritti avancèrent une théorie thalamique qui ne fut pas longtemps à l'honneur : l'excitation morbide provient du thalamus qui reçoit la perception normale de l'organe des sens et l'achemine vers la zone corticale de la reconnaissance. Si cette explication est à la rigueur satisfaisante pour rendre compte des hallucinations chez les sourds-muets et aveugles, des symptômes unilatéraux du côté de l'atteinte sensorielle, des syndromes thalamiques avec hallucinations, décrits par Déjerine, par contre, la description, par Roussy, du syndrome thalamique ne comportant pas de phénomènes hallucinatoires, lui porte un coup mortel.

Dérivant des travaux sur les localisations corticales, des expériences d'excitation électrique ou chimique de zones localisées du cortex, la théorie corticale de Tamburini eut un succès plus durable. Exceptionnels sont les auteurs qui l'admettent encore. Tamburini fait un parallèle complet entre les fonctions motrices et sensorielles : de même que les lésions motrices irritatives donnent des convulsions, et les lésions destructives des paralysies, de même peut-on considérer l'hallucination comme « l'épilepsie des centres sensoriels ». Son intensité et sa complexité dépendent du siège de l'excitation : si elle porte sur l'organe sensoriel périphérique, c'est un phénomène élémentaire qu'on obtient. Si ce sont les zones cérébrales sensorielles qui sont

le siège de l'excitation, on a une hallucination complexe. Le phénomène morbide, enfin, devient intellectuel et systématique si les « zones idéatives » sont excitées.

L'illusion n'étant rien de plus qu'une hallucination dans laquelle l'excitant des centres corticaux provient d'un objet extérieur réel, on ne doit pas faire une distinction radicale entre ces deux faits.

Cette théorie serait à la rigueur admissible en ce qui concerne les hallucinations au cours des tumeurs cérébrales (uncinated fits des tumeurs temporales). Elle rendrait compte aussi des résultats obtenus par excitation opératoire des zones 17, 42 et 22 de Brodmann : mais si l'on veut bien les étudier de près, on s'aperçoit que les phénomènes complexes qui se produisent n'entraînent la croyance que de façon passagère et sont bien autre chose que ceux rencontrés dans les psychoses. Les expériences de Förster et de Penfield sont bien démonstratives.

Quant aux faits suivants, on ne les comprend plus du tout : à quoi répondent alors les hallucinations situées en dehors du champ sensoriel, les voix qui parlent dans la tête, les « extrakampine Halluzinationen » de Bleuler ? Pourquoi les hallucinations des sujets cultivés sont-elles plus riches que celles des oligophrènes ? Comment expliquer la plurisensorialité qui se complique à mesure que le délire évolue ? Pourquoi la croyance délirante est-elle parfois fragile, et à d'autres moments impossible à déraciner ? Nous ne comprenons pas non plus le mécanisme des hallucinations lilliputiennes, des phénomènes d'écriture automatique et des hallucinations psychomotrices verbales de Séglas. Comment se fait-il enfin que des psychoses comportant de multiples hallucinations ne présentent aucun substratum anatomique décelable tandis que des affections telles que les encéphalites ou la paralysie générale qui provoquent des lésions étendues s'accompagnent exceptionnellement des troubles que nous étudions ? Telle qu'elle

a été codifiée par Tamburini, la doctrine mécaniste n'est plus admissible.

Avec de Clérambault, pourtant, on assista au succès éclatant des théories mécanistes et atomistes. Les agressions toxiques, infectieuses ou traumatiques suffisent à faire éclore un ensemble de phénomènes coordonné et systématisé à côté de la pensée normale du sujet. Le noyau sensoriel s'impose au malade qui édifie secondairement un délire variable selon son hérédité, son éducation, ses préoccupations, l'ambiance dans laquelle il vit. Les voix hallucinatoires sont donc les premières en date et la personnalité du malade n'entre en rapport qu'en un deuxième temps avec sa personnalité seconde, morbide et parasite. Si le malade présentait antérieurement une constitution mentale définie ou un déséquilibre affectif, les traits de sa véritable personnalité donneront leur empreinte au délire. La qualité de l'intelligence et la forme du caractère initial l'organiseront suivant un certain schéma. Il est curieux de penser qu'un clinicien aussi minutieux et profond qu'était de Clérambault, vu à travers ses observations cliniques, ait pu considérer que le malade était surpris en état affectivement neutre par les phénomènes pathologiques et que l'insatisfaction alléguée par la suite était une interprétation *a posteriori* du malade ou du médecin. Les observations cliniques tant soit peu fouillées prouvent le contraire : on trouve toujours une période de malaise précédant l'explosion des manifestations hallucinatoires, athématiques seulement en apparence. Il n'en reste pas moins que, abstraction faite de son interprétation mécaniste que nous abandonnons complètement, la description de l'automatisme mental en tant que syndrome psychiatrique garde toute sa valeur et se vérifie chaque jour.

Pour De Clérambault, l'automatisme mental est la base et la forme initiale de toutes les psychoses hallucinatoires chroniques. Le délire chronique de Magnan comporterait

d'une part le syndrome d'automatisme mental primitif et essentiel, et d'autre part les idées délirantes de persécution, accessoires, secondaires, simple superstructure, résultats d'une constitution paranoiaque à laquelle s'ajoute l'essai d'explication rationnelle des phénomènes morbides. L'origine du syndrome est organique et le délire à sa période d'état est une séquelle d'affections antérieures oubliées ou méconnues.

De même, le rêve professionnel de l'éthylique est dû à l'alcool, non à la profession.

Chaque toxique a une action élective et la personnalité du malade entrerait pour bien peu de chose dans le contenu des délires qu'ils provoquent.

Cette conception explique l'esthésie, la sensorialité des phénomènes. Elle ne rend pas compte du pourquoi de l'hallucinose de Lhermitte qui, malgré sa complexité, n'aboutit jamais à un délire, dans laquelle les phénomènes sont toujours critiqués par le sujet qui n'en est pas dupe. Elle n'explique pas non plus pourquoi dans tel cas et pas tel autre intervient un « jugement de réalité » (Claude). Enfin elle reste muette sur la concomitance d'autres phénomènes tels que les sentiments d'étrangeté, les interprétations, les intuitions délirantes, l'affaiblissement intellectuel que l'on trouve parfois. On est obligé d'admettre au moins la notion jacksonnienne de libération des zones sous-jacentes.

Giscard, dans les « Archives de Philosophie » de 1938, définit l'hallucination comme un « état endogène, une image interne imposée par un automatisme psychique impérieux et anarchique », d'origine cérébrale, et possédant un substratum anatomique.

Résolument mécaniste, Morel, de Genève, estime que hallucinations et délire doivent être isolés de façon rigoureuse car les faits sensoriels ont des caractéristiques semblables pour tous les malades tandis que le délire est individuel et unique. Il affirme justement le contraire de ce qui nous semble être la réalité : « dire que l'hallucination est une projection du délire est vide de sens ». Il l'affirme mais ne le démontre pas. Il continue en disant que les hallucinations auditives verbales sont caractérisées par l'écho dont le caractère est de n'avoir aucun rapport avec le délire. Enfin il fait de l'hallucination visuelle un phénomène complexe où la sensorialité est essentielle et où la perception sans objet apparaît comme le résultat de l'excitation inadéquate des voies périphériques ou centrales.

3° La théorie des « écrans sensoriels » proposée par Guiraud est plus éclectique peut-être, mais en mettant au premier plan des hallucinations l'esthésie, elle se rapproche des théories que nous venons d'évoquer et comme telle nous n'en discuterons que pour la réfuter.

Voici son point de vue : les zones corticales sensorielles sont, même à l'état de repos, dotées d'une activité physiologique continue, sorte de tonus de repos. Ce tonus s'exprime par une sensation continue mais très atténuée occupant tout le psychisme, sur lequel peuvent venir s'inscrire les perceptions provenant de l'excitation des voies sensorielles périphériques : l'écran visuel noir du sujet qui ferme les yeux, la notion de schéma corporel que nous donne l'écran de la proprioceptivité. Toute perception viendra s'inscrire sur l'écran sensoriel. La composante sensorielle et la composante psychique qui est l'identification, s'associent toujours dans cet acte complexe, mais dans des proportions variables. Un état affectif intense, s'emparant de la moindre esthésie, sera l'origine de l'apparence de perception

qu'est l'état hypnagogique. « Au contraire de l'espace complexe et homogène où se localisent nos perceptions, l'hallucination ne viendra s'inscrire que dans l'espace sensoriel spécial représenté par l'écran ». C'est ce qui sépare radicalement, d'après Guiraud, le rêve du délire. Les hallucinations auditives résultent de l'association d'une excitation corticale qui donne la sensorialité à un sentiment préexistant d'hostilité ambiante.

Rejoignant par là Quercy, Guiraud confère à l'hallucination un premier caractère : l'Esthésie; la projection dans l'espace extérieur vient ensuite, puis l'élaboration qui lui superpose une forme (Gestalt). La croyance délirante est bien essentielle, mais ne vient qu'en second lieu se greffer sur l'Esthésie; elle résulte d'un sentiment de xénopathie, certains éléments psychiques pénibles n'étant pas englobés dans l'acte continuel de synthèse de la personnalité. « Cette incapacité d'intégration tient à un défaut de syntonie entre l'activité des neurones dont l'ensemble nous donne l'intuition du Moi vivant conscient ».

Si la composante affective est à la base du délire, elle n'est pas pour Guiraud l'expression de la personnalité profonde normale du sujet, mais bien « une organisation anormale des composantes hormonothymiques de l'inconscient résultant d'une histoire individuelle conflictuelle, d'atteintes organiques et d'anomalies héréditaires ». Le délire est l'atteinte de l'activité psychique primordiale masquée par les superstructures intellectuelles et affectives de la pensée, désorganisation qui n'est pas reconnue comme émanant du Moi, mais considérée comme xénopathique. Cette pensée xénopathique, en rapport avec l'écran sensoriel, se manifeste par une hallucination, chaque instinct étant en rapport avec le monde extérieur, grâce à une sensorialité.

En résumé, Guiraud considère que le processus se déroule comme suit : un état thymique anormal met en

activité l'un des instincts (d'être, d'alimentation, sexuel, d'alerte, d'expansion, de groupe); l'ébranlement gagne l'écran sensoriel correspondant, d'où transformation de son tonus de repos en esthésie légère qui sert de support à l'hallucination. L'inverse, plus rare, réaliserait l'automatisme, type DE CLÉRAMBAULT : la zone auditive est excitée d'où éveil de représentations, d'abord neutres, puis de structures dues à la mise en jeu de l'intinct d'alerte.

La théorie de GUIRAUD est tout de même intéressante car elle constitue une position limite entre les doctrines mécanistes et les conceptions noétiques. Si elle est satisfaisante par certains côtés, le fait qu'elle place l'Esthésie au premier plan, en se basant sur des hypothèses incontrôlables nous incite à la rejeter, pour nous appuyer sur une expérience clinique plus certaine.

Nous résumerons donc, avec Henri EY le point de vue mécaniste et les critiques qu'il faut lui apporter, en ne considérant comme juste qu'une part minime, celle qui s'applique à l'interprétation des hallucinations élémentaires.

1° L'hallucination est une image extraordinairement intense : *non, car* l'importance de l'esthésie n'est pas en proportion de la profondeur de la croyance.

2° L'hallucination est une image mécaniquement fabriquée : *non, car,* même neutre en apparence, elle est toujours sous-tendue par des facteurs inconscients affectifs et instinctifs.

3° L'hallucination est le trouble générateur du délire : *non, car* des hallucinations peuvent exister sans qu'un délire en découle.

4° L'hallucination n'a pas de rapports avec l'activité psychique : *non, car* elle est, en fait, de façon parfois peu évidente, en étroite continuité avec les tendances instinctivo-affectives.

5° L'HALLUCINATION est une perception sans objet n'affectant aucun rapport avec les autres erreurs perceptives : *non, car* il est impossible de détacher l'hallucination de l'illusion dont elle n'est qu'une espèce plus différenciée.

B. - **Les théories noétiques.**

Celles-ci nous semblent tellement plus satisfaisantes ! Elles considèrent comme un *primum movens* le désarroi de l'affectivité, raison d'une tendance à l'objectivation intentionnelle par le mécanisme de la projection extérieure.

Plusieurs tendances se sont succédées.

1° LES THÉORIES PSYCHOGÈNES ANCIENNES :

ESQUIROL fait de l'hallucination « un phénomène psychique ou cérébral qui se réalise indépendamment des sens », qui se subordonne au délire et n'a rien à voir avec la sensorialité puisqu'il y a des aveugles qui voient, des sourds qui entendent, des amputés qui éprouvent des sensations dans leur membre absent et perçoivent ses mouvements. « L'individu donne corps aux produits de son propre entendement, il rêve éveillé. »

BRIERRE DE BOISMONT, GRIESINGER entre autres, adoptent cette explication.

FALRET ajoute : « La mémoire entre d'abord en action, fournissant les matériaux; l'imagination leur donne le coloris; enfin, les souvenirs se transforment en images et celles-ci sont projetées sur le monde extérieur. »

Le célèbre mémoire de BAILLARGER, écrit en 1844, met en valeur la primauté du délire sur les hallucinations : c'est pourquoi le mélancolique voit des scènes déprimantes, le persécuté entend des injures et des menaces blessantes, l'érotique contemple des scènes d'amour, le mystique des figures religieuses, tandis qu'il entend des voix venues du paradis ou de l'enfer.

Magnan observe plus tard l'influence de la profession, de l'éducation, de l'instruction et de l'époque sur l'expression du délire qui reflète les croyances du temps et le degré de culture du malade : les délires mystiques, monnaie courante au moyen âge, ont laissé la place actuellement aux délires métaphysiques, scientifiques, aux psychoses de fin du monde comme on en vit lors de la première explosion atomique ou lors des grandes catastrophes.

L'hypnotisme montra enfin le bien-fondé de cette opinion en provoquant des hallucinations par le simple pouvoir de suggestion.

2° Les théories philosophiques actuelles pénètrent plus profondément dans l'étude du psychisme et adaptent aux phénomènes hallucinatoires leur position métaphysique, que Guiraud a résumée lors du Congrès international de Psychiatrie à Paris, en septembre 1950.

Janet fait partir le délire du sentiment de vide, origine lui-même du sentiment d'emprise, auquel s'ajoute l'imperfection des inter-relations humaines. L'hallucination est avant tout la mise en action verbale d'un délire préexistant, grâce à l'objectivation intentionnelle. Elle se caractérise par la croyance qui s'y attache, par son caractère immédiat, systématique et irruptif (projectif, dirait Freud). Là où nous ne suivons plus Janet, c'est lorsqu'il dit que les hallucinations s'opposent, parce qu'elles ont un sens, aux illusions, qui peuvent être neutres. Le sens de l'illusion, en réalité, peut être plus difficile à expliciter, en raison de la perception vraie qui le masque, c'est tout. Il n'y a pas différence de nature.

Les phénoménologistes ne vont pas au-delà de l'étude des phénomènes conscients éprouvés par le malade : Jaspers ne considère comme phénomènes authentiques du délire que ceux dont nous ne pouvons pas trouver la source

dans des états affectifs compréhensibles pour l'observateur. Critiquant l'explication du délire par un état affectif d'une part, par un affaiblissement mental de l'autre, GRÜHLE en fait un « trouble incompréhensible de la personnalité ». BLEULER veut tout expliquer par la notion de dislocation du Moi (Spaltung) et de pensée déréistique avec défaut de dynamisme vital. A partir de la notion de « délire - monde anormal », les phénoménologistes considèrent l'hallucination comme une « signification morbide » : elle n'a de sens et de réalité que parce que le malade vit en dehors de notre univers habituel dans un monde qui n'a plus rien du monde normal. Il est rempli de significations qui s'expriment en partie à l'aide des domaines sensoriels, qui sont pleinement vécues, mais en dehors des cadres temporels et spatiaux. « L'halluciné ne voit pas, n'entend pas, au sens du normal, il use de ses champs sensoriels et de son insertion naturelle dans un monde pour se fabriquer avec les débris de ce monde, un milieu factice, conforme à l'intention totale de son être ». MERLEAU-PONTY. La réalité normale continue à être perçue par le malade, mais ayant pèrdu sa valeur. L'hallucination est un acte qui se passe non au niveau hiérarchique des fonctions supérieures, mais en deça de la conscience, là où naît la « conscience naïve » des philosophes, la signification intentionnelle et troublante des parents pour l'enfant, le témoignage des esprits menaçants et protecteurs des primitifs. HUSSERL fait de l'hallucination « l'acte objectivant créateur de réalité morbide », MENNINGER « l'événement animique ». Le psychopathe fait renaître un univers animisé et singularisé, symbolique et significatif, plus personnifiant encore que celui du primitif, menaçant et « pré-objectif » (MERLEAU-PONTY). MINKOWSKI prend une position phénoménologique, mais, met l'accent sur les troubles du « temps vécu ». Les hallucinations sont, à son avis, non pas des troubles isolés, mais l'expression de mondes hallucinatoires

où tout est simultané, basé sur un rétrécissement du temps vécu, et ignore la durée. Si bien que l'attitude du malade se montre d'une importance plus grande que les phénomènes hallucinatoires qu'elle déborde et qui finissent par déterminer tout son comportement caractéristique.

Rümke définit en quelques formules le point de vue phénoménologique.

1° Le délire est le produit final d'un trouble fondamental, l'expression d'une angoisse profonde, informulée, qui, parce qu'elle s'exprime en paroles, est moins pénible à supporter. Le trouble est déjà une disposition isolée.

2° L'hallucination, entité abstraite, n'existe pas, elle n'est que le moyen d'exprimer ce trouble par lequel la personnalité du malade se révèle à elle-même, et cherche à se retrouver : « Der Wahngehalt ist der grossartige Versuch der Person, ihre Selbsheit zurück zu gewinnen » Kronfeld.

3. Elle représente donc la projection extérieure de contradictions intérieures et constitue un moyen de correspondre de nouveau avec l'ambiance préférable à la solitude au milieu de ses propres combats intérieurs :

« Lieber mit der ganzen Welt kampfen, oder unter der ganzen Welt leiden, als einsam sein », Kunz.

La solitude dans un monde peuplé de ses phantasmes qui est celle du délirant s'oppose à la solitude, dans son propre monde, qui est l'apanage du schizophrène.

Nous pensons devoir ne pas passer sous silence en raison de la vogue de cette philosophie la signification existentielle des hallucinations. Elles traduisent le délire et engagent la personnalité tout entière, elles sont une conduite créatrice d'une existence autre que l'existence normale, une conduite qui traduit une altération foncière de la structure Moi-Autrui. L'halluciné vit dans un monde chargé

de sens pour lui dont les hallucinations sont des fragments « humanisés », soit sous forme d'un sentiment de présence, soit sous forme d' « actes de pensées qui ne sont reconnus par le sujet comme existants qu'à leur qualité d'étrangers à soi-même » (automatisme mental), soit enfin sous forme de voix venues de personnes étrangères. HESNARD résume ainsi : « Si on appelle existentiel le sens fondamental que certains philosophes considèrent comme une préconnaissance du monde, perception naïve qui aboutit, chez le délirant, à l'Existant hallucinatoire, ou comme une aptitude animique à peupler l'univers matériel de présences animées en même temps qu'à participer avec autrui pour en comprendre les intentions, c'est un objet existentiel que le malade appréhende en construisant par lambeaux, grâce aux stimuli internes, son univers de présences ». Le sujet ne perçoit d'abord l'Autrui que confusément, sous forme d'un être inquiétant et anonyme qu'il nomme « on ». A partir de cet objet non signifiant, il construit son édifice pathologique en un mythe vécu où intervient une structure d'extériorité accusatrice d'abord, secourable ensuite. Si certaines hallucinations semblent neutres, c'est que leur liaison au délire est latente comme dans le rêve. Ces matérialisations de l'univers morbide possèdent pour le sujet une valeur d'extériorité, donc de réalité existentielle qui supplante l'existence normale et qui devient à mesure que le délire se développe, de plus en plus significative. Avec sa position existentielle, HESNARD s'évade des doctrines psychanalytiques classiques et apporte une notion très féconde en particulier au point de vue pratique et dans la conduite des cures psychothérapiques : l'univers d'altérité concrète que traduisent les hallucinations, est un monde de signification éthique. Observée isolée, l'hallucination n'est pas compréhensible, elle est intégrée dans une

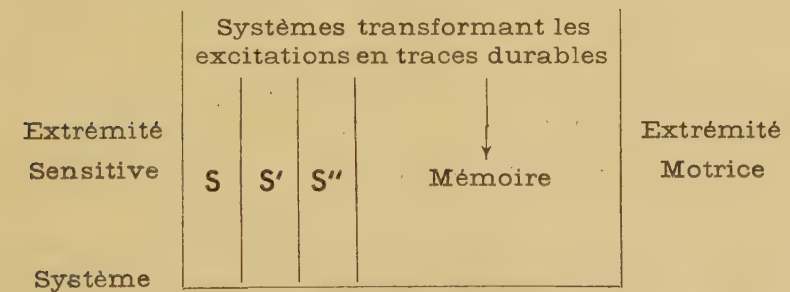
production délirante stable « toujours sous la forme d'une allusion à un drame éthique actuel ou passé, irréel ou réel ».

Le monde existentiel est toujours accusateur punitif, atténuateur, annulateur de la faute, innocenteur. L'extériorité a pour but d'incarner la culpabilité intérieure qui est l'essentiel du conflit, c'est-à-dire d'utiliser par le mécanisme de la projection un moyen plus accessible de défense que la lutte intérieure : la désorganisation intérieure était l'aboutissant fatal du conflit éthique, mais un autrui accusateur, en venant s'y substituer, a pris la contradiction à sa charge. Le malade peut dès lors lutter contre un adversaire égal à lui-même, tenter de le détruire, surmontant ainsi la culpabilité intérieure qui, au contraire, le dévalorisait. Toutes les valeurs que matérialise la création hallucinatoire sont différentes de l'existence normale d'un monde malveillant; elles sont l'expression « du drame profond de l'essai désespéré d'annuler une menace morale dans un monde irréel de souveraineté éthique ». Comme le processus onirique, l'univers morbide de la faute est construit par lambeaux discontinus qui font irruption de façon chaotique dans l'activité normale et désorganisent le monde existentiel normal. Le malade appréhende magiquement son univers d'existence morbide réduit « à des signes qui extériorisent son propre drame moral intime, transposé dans la perspective virtuelle de son débat éthique avec lui-même dans l'univers de ses relations interhumaines ». Cet univers délirant repose sur une base biologique : des facteurs hormonaux et circulatoires à l'origine d'un afflux d'affectivité extraphysiologique. C'est cette affectivité émanée des profondeurs de l'inconscient qui s'exprime par des symboles délirants.

Nous voici donc amenés à envisager :

3° Les théories psychanalytiques.

Pour Freud, l'hallucination exprime l'accomplissement d'un souhait qui ne tient plus compte de la situation réelle. Il n'obéit plus qu'au principe du plaisir. Dans le schéma bien connu du psychisme de Freud, pour qu'il y ait hallucination, il faut que le rappel des souvenirs suive une marche rétrograde qui aboutisse au système perceptif. L'excitation part des pulsions instinctives et au lieu de se diriger vers l'extrémité motrice, elle retourne en arrière, jusqu'au système de perception. Cette marche à rebours qui se produit pendant le sommeil et donne naissance au rêve, se produit aussi dans le délire mais après des stimulations différentes puisque l'individu ne dort pas et qu'il continue à recevoir un courant sensoriel continu suivant la marche normale.



Le stimulus anormal est, soit l'intensité du désir, soit l'influence des souvenirs refoulés ou demeurés inconscients. Il s'agit donc d'excitations d'origine instinctive qui

rétrogradent jusqu'à l'image de perception qui, elle, donne à l'hallucination l'acuité sensorielle. Cette notion de refoulement est essentielle : la pensée est refoulée par suite de l'action combinée de la censure, d'une part, qui la repousse, de l'inconscient, d'autre part, qui l'attire. La régression de l'excitation, d'origine interne et instinctive, jusqu'au système de perception, implique aussi la plupart du temps une régression chronologique sous la forme de reviviscences d'impressions du passé. Donc, régression et refoulement sont les deux conditions du processus hallucinatoire.

Grâce à ce processus, le désir trouve en l'hallucination un moyen de se satisfaire psychologiquement, mais de façon plus ou moins évidente.

— La réalisation du désir est claire quand il n'y a pas conflit des instincts entre eux : exemple le mirage de l'homme qui, perdu dans le désert, aperçoit l'oasis.

— La réalisation hallucinatoire de désirs est moins évidente lorsqu'il y a lutte de l'instinct à satisfaire avec des instances psychiques supérieures : les instincts agressif ou sexuel, par exemple, dont l'assouvissement hallucinatoire peut alors devenir pénible pour le Moi conscient. Ce sont les **« Psychoses de submersion ».**

— Enfin, il peut y avoir conflit non plus entre un instinct et une instance psychique plus élevée, mais entre certaines pulsions et certaines tendances contre-pulsionnelles, situées au même niveau : l'hallucination devenue pénible peut alors traduire la tendance contre-pulsionnelle elle-même émanant d'un « surmoi » trop rigide, auto-châtiment, par exemple, qui nous ramène à la notion d'univers morbide de la faute. Ce sont les « Psychoses de défense ».

Un numéro de « Psyché » de 1950 étudiant lady Macbeth prend comme exemple de ce mécanisme, les taches de sang indélébiles qu'elle voit sur ses mains : « Out damned spot !

Out, I say !... Here's the smell of blood still. All the perfumes of Arabia will not sweeten this little hand... », symboles de culpabilité et de remords du meurtre de Banquo; l'hallucination ne s'efface plus, l'obsède et la culpabilité qui l'envahit tout entière la conduit au suicide, puisque : « What's done cannot be undone ». Satisfaction de désirs, tendances contre-pulsionnelles, les hallucinations comme l'imagerie du rêve sont souvent surdéterminées.

Voici donc le mécanisme, mais pour qu'il y ait croyance délirante, il faut quelque chose de plus : il faut que, envahi par les pulsions instinctives, le Moi perde sa faculté de discrimination, il subit une régression qui le ramène au stade primitif du « narcissisme » pendant lequel se développent les pulsions libidinales. Nous en arrivons au point où la doctrine freudienne rencontre des oppositions : Freud, à partir de l'étude du « cas Schreber » fait de tout délire de persécution une réaction contre l'homosexualité inconsciente, stade du développement où le « principe du plaisir » domine encore le « principe de réalité » et où le choix objectal ne concerne pas encore son objet définitif.

Enfin, le conflit inconscient ne peut être supporté que si un mécanisme d'autodéfense intervient : la projection qui attribue à un autre les reproches que son surmoi lui adresse.

Retour du Moi à la phase primitive hallucinatoire, régression des pulsions instinctives, symbolisme, projection, concourent pour aboutir à la création hallucinatoire.

Cette explication, à notre avis, extrêmement séduisante, rend parfaitement compte du « contenu » de bien des délires hallucinatoires; on a d'ailleurs reproché à Freud de n'expliquer justement que ce contenu sans approfondir l'origine du phénomène lui-même qui crée la régression du Moi. Or, c'est avec raison que Flournoy fait remarquer, à la Société Suisse de Psychiatrie, en 1933, que la notion de

pulsions et de conflits instinctifs évoque implicitement une base biologique et physiologique. Freud y fait d'ailleurs souvent allusion. Sa psychanalyse dépasse donc la portée d'une simple psychogénèse du contenu et jette la lumière sur l'origine du phénomène lui-même. Dans aucun de ses ouvrages Freud n'a étudié systématiquement les hallucinations comme nous venons de le faire en nous inspirant à la fois de ses œuvres et de l'exposé de Flournoy. Il faut lire « L'Introduction à la Psychanalyse », « La Science des Rêves », « Les Cinq Psychanalyses » surtout avec l'étude passionnante du conseiller Schreber pour voir combien cette théorie claire et cohérente ressort de toute son œuvre.

Elle n'est pas admise intégralement par toutes les Ecoles psychanalytiques.

Adler substitue à la notion de tendances homosexuelles qui tendent à se satisfaire, celle de satisfaction hallucinatoire d'un « instinct de puissance », tandis que

Jung voit dans les hallucinations un symbolisme qui témoigne de l'apparition des archétypes, représentants du subconscient collectif, particulièrement frappante dans les délires paranoides. Bleuler met aussi l'accent sur la pensée prélogique du schizophrène.

Cénac résume le point de vue des analyses modernes :

— D'une part en faisant sienne la doctrine freudienne qui a une fois pour toutes établi le rôle de l'inconscient dans les manifestations hallucinatoires,

— D'autre part en réfutant la nature uniquement sexuelle et plus spécialement homosexuelle des pulsions instinctives,

— Enfin en mettant l'accent sur le contexte biologique et le mécanisme physiologique qui sont seuls capables d'expliquer pourquoi le Moi régresse à un stade antérieur du développement et permet la projection hallucinatoire.

Nous pensons donc devoir considérer comme la base physiologique des théories psychanalytiques en particulier et plus généralement des théories noétiques et bien propre à leur conférer la solidité qui leur manquait :

4° La théorie neurobiologique de l'hallucination de Mourgue et von Monakow.

Elle peut être résumée en quelques propositions :

1° Le point essentiel est la distinction entre la « sphère des instincts » et la « sphère de causalité », c'est aussi le point de vue freudien qui distingue le Moi et le ça (das Es) totalité des pulsions instinctives dont la source est inconsciente. Mourgue identifie l'instinct avec le fonctionnement organo-végétatif. A la base des hallucinations et du rêve se trouverait « l'envahissement de la sphère de l'orientation et de la causalité par la sphère des instincts ». Freud l'a dit en d'autres termes et a établi une distinction, comme nous l'avons vu, entre les psychoses de défense dans lesquelles la sphère de causalité de Mourgue subit un assaut qui échoue et les psychoses de submersion dans lesquelles elle se laisse envahir.

2° Pour que la sphère de causalité se laisse submerger il est nécessaire d'admettre une modification du Moi lui-même, une « dépersonnalisation », ou tout au moins une scission permettant un envahissement partiel. Cet « état de dépersonnalisation étant un moment du temps artificiellement découpé ».

3° Le processus final, le seul spécifique de l'hallucination, est la projection spatiale en relation avec la fonction posturale et ses divers niveaux. Mourgue est en accord avec Freud qui fait ressortir le rôle des attitudes motrices dans l'adaptation à la réalité extérieure, dont le contrôle incomberait au Moi. D'après Mourgue ces phénomènes morbides font appel à des niveaux successifs et se produisent grâce à des « désintégrations en briques » de ces divers niveaux

de la fonction posturale. Et voilà qui fait la transition entre les théories noétiques et l'organo-dynamisme. Très éclectique, la théorie de Mourgue et Monakow les réunit toutes en une heureuse synthèse : elle exprime en d'autres termes les notions freudiennes, met en évidence l'énorme valeur du symbolisme hallucinatoire. Elle considère l'hallucination comme un tout émané de la vie instinctive et souvent masqué par la « causalité agglutinée » (Monakow), ce qui s'accorde très bien avec la Gestalt. Elle reconnait comme Minkowski la valeur du « temps vécu » et de ses moments. Elle fait appel, comme Jackson et Henri Ey à la notion de dissolution de niveaux.

Elle fait, en résumé, de l'hallucination la manifestation par l'intermédiaire du mécanisme de projection spatiale de l'irruption de la vie instinctive dans la sphère de causalité à la faveur d'un état plus ou moins passager de dépersonnalisation, témoin d'une désintégration de fonctions à substratum neuro-biologique.

Baruk montre lui aussi combien les perturbations mentales et physiques s'intriquent et dans quelles erreurs la méconnaissance des unes ou des autres à fait tomber les purs mécanistes ou les purs psychogénétistes. L'appareil circulatoire régi par le système neuro-végétatif constituerait le trait d'union entre les facteurs organiques et psychiques qui retentissent réciproquement l'un sur l'autre.

Les travaux de Charles Foix ont étayé ces vues sur des bases expérimentales — qui sont confirmées par l'école de Florence avec Roberti.

C. - Les théories organodynamistes.

Henri Ey montre comment elles ont été peu à peu élaborées par des précurseurs comme Moreau de Tours, qui bien que résolument organiciste ébaucha la notion dynamique de « bouleversement intérieur ». Base de tout cet

ensemble de théories, l'identité de nature entre le délire et le rêve est déjà présentée dans son œuvre : « la folie est le rêve de l'homme éveillé ».

Voici sa théorie des hallucinations résumée en quelques formules :

— Il n'existe pas des hallucinations isolées mais un état hallucinatoire, phénomène psychologique complexe.

— L'état hallucinatoire est identique à l'état de rêve et se rapportera aux propres pensées du sujet, et parmi elles à celles qui le préoccuperont davantage.

— Ce qui est primordial dans l'hallucination c'est la modification de la conscience qui lui confère ses qualités propres et non le fait sensoriel en lui-même.

— Elle représente un travail d'élaboration des contenus psychiques qui se projette à l'extérieur grâce à la libération du psychisme inférieur. C'est essentiellement un aspect dynamique qu'il faut y voir et qui conduit à conjuguer activement le verbe « halluciner ».

Janet considère que l'hallucination véritable n'est que le degré avancé du « relâchement de tension psychologique ».

En général, l'individu rattache à lui-même les états où il y a sentiment d'effort ou de puissance. Il objective, au contraire, les états où il y a sentiment de défaite, d'impuissance. La croyance se greffe ensuite sur l'objectivation.

H. Claude insiste lui aussi sur le caractère global des troubles, l'importance cruciale de la conviction du malade sans laquelle il n'y a pas d'hallucinations. « La croyance va le plus souvent au devant de l'objet absent, l'appelle et le crée à partir du matériel mnésique ». Pour qu'intervienne le jugement de réalité qui fait la croyance, il faut

admettre un déficit global du psychisme constamment relevé qui dépendrait à son tour d'une atteinte organique diffuse. Après avoir montré la fréquence propre à appuyer sa thèse du « syndrome d'action extérieure » comme phase de début des délires hallucinatoires, CLAUDE oppose l'hallucinose aux hallucinations : si la première est un « fait d'esthésie », les secondes sont en elles-mêmes un délire, un « fait de croyance ».

Pour que la croyance intervienne, il faut une dissolution des synthèses mentales. Cette dissolution est le résultat de mauvaises conditions biologiques, responsables, d'une part, de l'élément psychique négatif du défaut de conscience; d'autre part, des symptômes positifs qui représentent ce qui reste dynamiquement intact. LHERMITTE montre que CLAUDE a « poursuivi le facteur instable, réversible, dynamique, qui crée les variations ». CLAUDE a donc adopté la notion de la présentation sur des plans différents dans l'espace et le temps des divers symptômes, théorie du « Vordergrund-Hintergrund », de GOLDSTEIN. La réalité des interconnexions spatiales et temporelles amène CLAUDE à évoquer en terminant une régulation sur le cortex de la région diencéphalo-hypophysaire, « pace-maker » de DELAY.

C'est alors qu'Henry EY s'efforce d'appliquer à la psychiatrie et à la neurologie les principes de JACKSON, qui peuvent être formulés comme suit :

— Les fonctions psychiques sont hiérarchisées dans l'espace sous forme de niveaux, mais aussi dans le temps comme un système énergétique, notion bergsonienne.

— Les états pathologiques représentent un mouvement de dissolution avec régression à un niveau inférieur (signes négatifs de déficit) et libération des instances sous-jacentes (troubles positifs).

— La distinction doit être faite, et elle est fondamentale,

entre les dissolutions partielles ou locales (troubles neurologiques) et les dissolutions globales ou uniformes (psychoses).

— Enfin, en déduction de tout cela, la clinique étudie non pas des entités nosologiques mais des niveaux de dissolution.

Henri Ey, développant le dynamisme jaksonnien, édifie une théorie organodynamiste de la psychiatrie qu'il applique au mécanisme des hallucinations. Il est organiciste en ce sens que, s'opposant aux doctrines psychogénétiques pures, il pense que l'aliénation mentale est conditionnée par des troubles des fonctions organiques et nerveuses. Il est dynamiste car il décrit aux différentes psychoses des paliers et niveaux différents où, à partir du déficit dû au fléchissement de la tension psychologique, sont libérées sous la forme de symptômes positifs les instances sous-jacentes instinctives et inconscientes jusque-là réprimées.

Certains niveaux de dissolution sont importants :

1° Fonctions élevées assurant l'intégration de la personnalité sur le plan social.

2° Fonctions assurant l'équilibre thymique, « l'intégration des forces instinctives et affectives dans l'adaptation au réel ».

3° Fonctions assurant l'organisation perceptive du monde extérieur et du monde intérieur et la discrimination du subjectif et de l'objectif. C'est le plan des états oniroïdes.

4° Fonctions intellectuelles élémentaires.

Les psychoses paroxystiques démolissent tout l'édifice, les psychoses chroniques ont le temps de construire une organisation durable.

Quant à la cause profonde de cette dissolution, elle réside dans les troubles organiques héréditaires ou acquis qui perturbent le psychisme et tendent à le faire régresser vers

des niveaux archaïques de pensée et de comportement. Ceci, globalement, car en opposition avec l'atomisme mécaniste, Ey considère les fonctions psychiques comme un ensemble indécomposable.

Passant en revue toutes les théories successivement émises et que nous avons évoquées, Ey pense que chacune d'elles est insuffisante, car l'hallucination est un phénomène trop complexe. Ce qu'il y a d'essentiel, c'est le « déplacement des valeurs dans l'opposition du subjectif et de l'objectif », car toute notre activité psychique n'est qu'une suite d'assignations de valeurs. C'est pourquoi il est impossible de séparer radicalement les illusions, les pseudo-hallucinations et les hallucinations vraies. Si les hallucinoses sont des erreurs de « dosage du réel » — pourrions-nous dire — dans une sphère sensorielle isolée, par contre les hallucinations et pseudo-hallucinations sont des erreurs de l'activité psychique tout entière. Ces phénomènes à attributs de sensorialité et de spatialité tirent donc leur valeur de l'ensemble psychique auquel ils appartiennent. Les causes de l'hallucination sont donc plus importantes que le phénomène lui-même, c'est-à-dire l'état hallucinatoire dont elle n'est que l'expression. Ces causes sont à chercher dans des dissolutions fonctionnelles ou bien par troubles biologiques ou bien par facteurs affectifs, et en général par l'association des deux. En Suisse, Sutermeister fait sienne cette théorie et montre :

— Que le développement ontogénique et philogénétique de l'homme se fait grâce à une cérébration progressive au cours de laquelle la sphère supérieure recouvre et contrôle la sphère sous-jacente plus ancienne.

— Que toute agression organique ou psychique entraîne une régression vers les sphères inférieures avec une

levée de l'inhibition. C'est un phénomène de défense. « Schutz und Erholungsregression » (de protection et de rétablissement).

Milam Hill admet lui aussi l'organodynamisme, mais en adoptant entièrement la notion freudienne de libération des complexes sexuels de l'inconscient à la faveur de la baisse de niveau, et distingue suivant la force de l'inhibition restante, les hallucinations de défense et les hallucinations de désirs.

Les organodynamistes étayent leur doctrine sur l'étude quasi-expérimentale des dissolutions uniformes de fonction par la baisse de vigilance cérébrale créée soit par le sommeil normal, soit par les hypnotiques, soit enfin par des toxiques tels que le peyotl « la plante qui fait les yeux émerveillés » et son alcaloïde, la mescaline. Au cours de l'intoxication mescalinique le sujet présente une hyperthymie dont le substratum est un dérèglement neurovégétatif avec hypervagotonie. Son psychisme traverse plusieurs niveaux de dégradations de la pensée que certains sujets appelaient « plongées » quand ils en avaient conscience. Idéation alogique au début, instabilité thymique et sentiment d'étrangeté, puis phantasmes dont le sujet n'est pas dupe; à mesure que la dissolution se poursuit la confusion se fait entre les phénomènes hallucinatoires et la réalité perçue, puis toute critique s'évanouit et le sujet vit la fiction sur le plan du rêve.

Parmi cette longue étude des théories successivement émises, qui nous semblait indispensable pour comprendre les hallucinations, nous avons donc éliminé les doctrines mécanistes qui ne s'appliquent qu'aux phénomènes élémentaires à peine dignes d'être qualifiés d'hallucinatoires. Quant au groupe des théories noétiques, il nous semble contenir beaucoup de vérités; les thèses psychanalytiques, phénoménologiques et la théorie neuro-biologique de Mourgue

apportent chacune des éclaircissements. L'organodynamisme a éclairé le problème d'un jour nouveau. Que choisir ? Si nous avons pu suffisamment montrer l'importance dans le psychisme de l'affectivité, nous croyons que cette notion « affectivité *primum movens* de l'activité mentale » permet de proposer une théorie affective de l'hallucination qui forme véritablement le lien entre tout ce que ces divers points de vue apportent de lumières.

Nous pensons qu'il nous faut introduire, maintenant, un chapitre — assez classique actuellement — destiné à montrer que par l'intermédiaire de l'affectivité, le rêve et le délire se rejoignent et qu'il est impossible d'opposer la perception réelle aux hallucinations et aux illusions. Nous voudrions ensuite, prenant l'affectivité comme point de départ, exposer le mode de développement du cercle vicieux pathologique. C'est seulement alors que nous aborderons l'énoncé de notre théorie.

⁂

CHAPITRE III

LA COMPREHENSION DES REVES. UN PAS VERS CELLES DES DELIRES, GRACE A L'AFFECTIVITE QUI LES SOUS-TEND.

« Steiget auf, ihr alten Träume,
« Öffne dich, du Herzenstor !

Heinrich Heine.

On peut passer de la pensée normale à la pensée morbide par une foule de transitions insensibles qui n'ont entre elles que des différences de degrés, non de nature, mais qui se situent en majorité sur le plan de la pensée affective, leur inspiratrice commune.

A. - L'affectivité du rêve, la même que celle du délire, est aussi celle des premiers stades du développement.

1° La pensée de l'enfant en est le premier exemple. Son univers est basé sur la notion de sujet, l'enfant voit tout à travers lui-même, il ramène au Moi toute l'activité. Il voit le réel tel que le saisissent ses sens et le traduit aussitôt en formules motrices : l'enfant dira « le vent est fort parce que le vent me pousse »... Il n'établit pas de rapports entre les différentes perceptions, il ne voit que le présent et chaque chose comme absolue. Il compare entre elles des perceptions parce qu'elles répondent à des sensations identiques au contraire du mode de pensée conceptuelle qui

dépasse l'impression immédiate pour abstraire. L'enfant n'a donc de la réalité qu'une vision déformée à travers sa pensée affective, il se construit un monde à part où il projette ses manières d'éprouver, traduites immédiatement en comportements, un monde symbolique et intensément vécu, celui des mythes et des contes de fées. Loin des rapports établis par la pensée rationnelle, les choses n'ont entre elles que des rapports affectifs.

La pensée affective de l'enfant persiste chez le sujet sensible et l'artiste et contient en germes les traits de l'œuvre d'art. Les relations purement affectives et alogiques que l'enfant établira persisteront chez l'adulte si elles ont été marquées d'un fort potentiel affectif, au milieu d'une pensée devenue abstraite et rationnelle.

« Votre cerveau est un palimpseste. Des couches innombrables d'idées, d'images, de sentiments, sont tombées successivement sur votre cerveau aussi doucement que la lumière. Il a semblé que chacune ensevelissait la précédente. Mais aucune, en réalité, n'a péri. »

— Baudelaire. —

De Quincey, élevé dans une atmosphère féminine toute de douceur et de sensibilité, est cruellement frappé dans son enfance par la mort de sa sœur Elisabeth, en un beau jour d'été, c'est aussi son premier contact avec la Mort. Plus tard, au cours de sa vie d'adulte, dans ses rêveries d'opium aussi, il associera toujours en une antithèse angoissante l'idée de la tombe avec la luxuriance de l'été et le souffle de la brise parfumée. Sa sensibilité morbide lui fait apparaître, quand il va prier à l'église, des nuages qui se transforment en oreillers blancs sur lesquels reposent des têtes d'enfants souffrant, pleurant et mourant.

2° La pensée de l'artiste et du poète réalise leurs aspirations affectives en les sublimant.

Pour Hesnard la valeur esthétique signe la liquidation réussie des conflits éthiques et des drames secrets de l'artiste.

C'est pourquoi, leurs productions hallucinatoires gardent encore un cachet d'œuvre géniale et esthétique et les libèrent en partie de leurs problèmes. Leur affectivité, celle de l'enfant, celle du rêve est vue à travers les pensées de l'adulte.

« Tel petit chagrin, telle petite jouissance de l'enfant, démesurément grossis par une exquise sensibilité, deviennent plus tard, dans l'homme adulte, même à son insu, le principe d'une œuvre d'art... Le génie n'est que l'enfance nettement formulée douée maintenant pour s'exprimer d'organes virils et puissants. »

Rien n'est plus affectif que la Musique, elle supprime le temps, suggère des états d'âme et comme la pensée de l'enfant, rapproche entre elle des sensations qui n'ont de commun que la résonnance affective qu'elles font naître.

« Le violon frémit comme un cœur qu'on afflige...
« Les parfums, les couleurs et les sons se répondent. »

— Baudelaire-Debussy. —

3° Ce sont les mêmes traits que l'on retrouve dans la pensée du primitif, sa subtilité et son symbolisme persistent dans les contes, les mythes, les légendes et le folklore.

Kretschmer montre que dans la pensée primitive, il n'y a pas de séparation entre le Moi et le monde extérieur. C'est ainsi que naît la conception magique de la toute-puissance des idées du primitif et de l'enfant, où l'idée équivaut à l'acte. Les processus d'ambivalence font aussi partie de la pensée archaïque, et Freud fait une remarque qui explique bien des rêves : « Il est remarquable que les philologues prétendent que les langues les plus anciennes

employaient les mêmes mots pour exprimer des contraires très généraux ».

Lévy-Brühl, traitant de « la catégorie affective du surnaturel », montre comment dans l'esprit du primitif elle est le principe d'unité qui relie entre elles des représentations différentes par leur contenu, comment aussi l'état d'âme du primitif est fait d'attente anxieuse. Tandis que dans la pensée logique, le général est une donnée de l'intelligence, il est dans la pensée primitive « une donnée de l'affectivité sentie par l'émotion ». Nous avons en nous tout un héritage de pensée primitive qui fait dire à Maurice Barrès :

« Une partie de mon âme, toute celle qui n'est pas attachée au monde extérieur, a vécu de longs siècles avant de s'établir en moi ».

Et à Flaubert :

« Mon individu actuel est le résultat de mes individualités disparues ».

4° Le sommeil nous « désintéresse » du monde réel et nous ramène du plan de la pensée rationnelle logique à ce même plan de la pensée affective que le rêve déploie. « La dissolution psychique réalisée dans le sommeil et exprimée par le rêve nous fait apparaître l'activité de l'inconscient, c'est-à-dire celle de conduites régressives obéissant à des mécanismes psychologiques archaïques, analogues aux mécanismes de la pensée de l'enfant. » — Parcheminey. —

La prédilection des rêves pour les souvenirs effacés est frappante et se retrouvera dans les hallucinations hypnagogiques, ils reproduisent les souvenirs chargés d'affect. Leur forme varie avec la forme de la mémoire et le sens esthétique. Schatzmann réunit le sommeil, le rêve, l'inattention, la poésie, l'hallucination, l'état hypnoïde dans une

même parenté : leur origine est dans l'inconscient et leur richesse fait l'homme émotionnel, spontané, passionnel, par opposition à l'homme réfléchi. Nous voudrions évoquer ici l'œuvre de Freud, « Traumdeutung », dans laquelle, étudiant les procédés d'élaboration du rêve, il jette des clartés sur la signification des hallucinations et des délires où nous retrouverons les mêmes lois : parfois réalisation de désirs, le rêve utilise souvent pour dissimuler son but des transpositions auxquelles l'oblige la censure. Nombreux sont ceux qui ont leurs racines dans l'enfance. Mais le travail de condensation qu'opère le rêve, la surdétermination de ses éléments, le déplacement des charges affectives, les procédés de figuration et le symbolisme en font souvent une énigme. Il ne faut pas voir sous un autre angle les procédés qu'emploie le délire quand il se projette sous forme hallucinatoire, ils sont les mêmes et s'imposent comme le rêve par leur fond affectif plus que par leur valeur représentatrice qui n'est bien souvent qu'un travail de camouflage. Uni, d'une part, au délire, le rêve l'est, de l'autre, à la poésie.

Freud et Rank montrent combien les poètes ont attaché de valeur à leurs rêves, comment ils les ont utilisés dans leurs œuvres, et combien sont étroits les liens qui unissent le rêve à l'inspiration de l'artiste.

« Mein Freund, das Grad'ist Dichters Werk
« Dass er sein Träumen deut' und merk ! »

Hans Sachs, *in* WAGNER : « Meistersinger »
(*Les Maîtres chanteurs*).

C'est le dynamisme affectif qui réunit tout cela. Charles Odier, étudiant « le symbolisme et la pensée magique », nous en donne une formule saisissante :

« Sans pensée réaliste, doublée de pensée magique, pas

de rêve, comme aussi pas de phobie ni de superstition »... et nous ajouterons : pas de délire ni d'hallucinations. — « L'affect est la force, et la pensée est l'instrument; la régression prélogique est le fait du rêve de l'individu socialisé et civilisé; qu'il soit intelligent ou non, névrosé ou non, son rêve est toujours le même monument d'illogisme et d'infantilisme ».

Le cauchemar actualise encore plus son angoisse sous forme d'une expérience revêcue de façon actuelle. « Notre puissance d'évocation pendant le rêve dépasse infiniment notre puissance d'imagination ».

— Schopenhauer. —

Logiquement, les états hypnoïdes se présentent comme une transition entre le rêve et le délire. Nietzsche disait : « le rêve est un moyen de satisfaction *hallucinatoire* de l'instinct. »

5° Les états hypnoïdes :

Henri Ey voit dans les états crépusculaires la source de bien des idées délirantes. Ils témoignent d'une baisse de niveau : les troubles organiques, la fatigue, le sommeil peuvent également empêcher l'effort de la pensée pour rester logique et disciplinée; l'activité mentale s'organise alors sur le plan de la pensée affective et imaginative, en dehors du monde réel.

Pour peu que la cause de dissolution continue d'agir, le même processus s'installe, s'organise et c'est

6° Le délire :

Synthèse et hiérarchisation étant les deux conditions du fonctionnement normal de la pensée, les perturbations porteront sur l'un et l'autre de ces mécanismes.

Trouble de hiérarchisation ? A la faveur de la baisse de niveau, la pensée affective submerge la pensée rationnelle de l'afflux de tous les éléments qui existaient déjà dans la pensée normale mais que la censure obligeait à rester à l'arrière-plan, résultat d'un long dressage social. La pensée égocentrique éclate avec son symbolisme et son univers subjectif. L'équilibre instable pensée rationnelle - pensée affective est définitivement rompu au profit de la seconde. Les troubles de la synthèse mentale font que l'ensemble s'édifie non plus en hauteur mais en largeur, mettant sur le même plan les contrastes, disloquant la pensée, ignorant la notion de temps. C'est la pensée spontanée, alogique, qui s'exprime avec ses lois d'association par idendité de contenu affectif, condensations, groupements, symbolisme.

La maladie a dissocié et associé, mais n'a rien créé de nouveau. Les détails mythiques du délire ne sont que les renouvellements des interdictions, des révoltes et des désirs tellement grossis et caricaturés que le malade ne les reconnaît plus comme siens et les projette à l'extérieur dans son univers morbide.

Il y a tout de même pour Hesnard une petite différence entre la pensée du délirant et celle du primitif ou de l'enfant : « le délirant crée un monde de valeurs éthiques par un dépassement anarchique des conflits de la vie passée, dominé par la conduite fondamentale de culpabilité d'où dérivent toutes les conduites morbides ». L'univers morbide des psychopathes ne réalise pas tellement des désirs mais plutôt l'évasion hors des contraintes d'ordre moral grâce à une redistribution des valeurs où le malade fait triompher son éthique personnelle et se revalorise.

B. - **Il n'y a donc pas de différence de nature entre les divers phénomènes psycho-sensoriels, mais seulement des différences de degrés.**

On passe ainsi par transitions insensibles :

1° De la perception normale,

2° Aux sensations consécutives négatives : expressions de contraste consécutif, reproduisant en colorations complémentaires des figures préalablement fixées quelques secondes.

3° Aux images éidétiques se formant seulement en rapport avec les intérêts intellectuels et affectifs du sujet (Jaensch). Le choix est conditionné par la charge affective des représentations. C'est ainsi que, pendant une cure psychanalytique, Schilder nota l'apparition en cours de traitement d'images éidétiques spontanées à signification symbolique.

Une étude expérimentale a pu être faite des images éidétiques visuelles par Gressot (Lausanne). Ce sont celles aussi qu'Henri Ey appelle « images aperceptives », que l'on peut définir avec Fischer comme suit : « Ce sont des images mnésiques visuelles qui surviennent spontanément ou volontairement après examen d'un objet ou sans examen préalable, qui, dans les cas prononcés, reproduisent de l'objet une image fidèle, colorée comme lui, mais aussi parfois en coloration grise ou complémentaire — et qu'enfin l'individu voit littéralement sans pour autant, le plus souvent du moins, croire à la réalité extérieure d'un objet de perception. »

Certaines s'intègrent à la situation affective vécue, d'autres sont plus intellectuelles et apparamment neutres. On a peine à croire qu'elles soient vraiment indifférentes puisque la propension à avoir des images éidétiques visuelles ou des autres sens ne se trouve que chez certains sujets.

Ce sont ceux justement que JAENSCH définit comme des sujets syntones, vibrant avec l'ambiance, abolissant facilement les différences entre le Moi et le monde extérieur, extravertis, des affectifs en somme, chez qui le sentiment colore la pensée et l'action, des « intégrés », dit BOVEN, dans « l'introduction à la caractérologie ».

Les images éidétiques se distinguent du rêve éveillé par le manque de mouvement et d'évolution thématique de la scène animée, d'une part; par la conscience vigile, d'autre part, qui les accompagne. Elles s'apparentent à la pensée magique. Leur parenté avec les hallucinations a donné lieu à bien des discussions. Leur qualité d'esthésie les rapprocherait surtout des hallucinoses, pourtant elles sont physiologiques et impliquent une perception antérieure. Elles ont un caractère d'extériorité et de spatialité plus marqué que les hallucinations hypnagogiques. On peut les définir, en résumé, comme « une image perceptive physiologique dont le contenu est déterminé par une perception antécédente, et qui surgit à l'état de veille ». Leur présence possible chez les hallucinés (voir le cas de Colette P..., que nous rapportons plus loin), montre bien que le problème d'une disposition hallucinatoire physiologique soulevé par BLEULER se pose aussi bien à leur sujet que pour les hallucinations et qu'il est parfois impossible de distinguer ces phénomènes de « reperception » de ceux qu'on a coutume d'appeler « hallucinations vraies ». Les psychiatres suisses pensent devoir envisager pour les expliquer tous la nécessité d'une « désintégration schizophrénique des fonctions supérieures ». Si nous supprimons le terme de schizophrénique, qui prête à discussion, nous reconnaîtrons qu'ils rejoignent absolument l'organo-dynamisme. Les tests de RORSCHACH étudiés par G. SCHNEIDER, de Cery-Lausanne,

sur les malades en expérience éidétique les ont tous montrés syntones et caractérisés par « un jeu mouvant entre la conscience du Moi et celle de l'objet », doués d'une affectivité riche et envahissante.

Nous avons insisté sur ce problème car bien que la notion d'éidétisme ne soit pas admise par tous les auteurs (Quercy), elle nous semble indiscutable d'une part, et, d'autre part, propre à éclairer de par son étude quasi expérimentale le problème des hallucinations.

Un degré de plus et ce sont :

4° Les représentations mentales dépouillées de tout élément sensoriel peuplant la mémoire visuelle.

5° Les illusions : elles sont connues et étudiées depuis trop longtemps pour que nous y insistions. L'objet est réel mais la valeur qui lui est attribuée prend sa source dans la personnalité du malade.

6° Les « Paréidolies » leur sont proches : c'est la « transformation de perceptions réelles sous l'influence de l'activité ludique de notre fantaisie imaginative ».

7° Les représentations du « Rêve éveillé » sont définies par Kehrer comme « des suites animées de représentations intuitives ayant parfois un caractère de corporéité, prenant devant l'œil ou l'oreille psychiques une pseudo réalité mouvante ». La conscience est en apparence vigile, elle est modifiée en réalité, la rêverie étant en somme un état de présommeil. Desoille en a fait une méthode d' « exploration de l'affectivité subconsciente » et de psychothérapie, en évitant les inconvénients de l'hypnose. Le thème général

du rêve est fourni au malade par le symbolisme de montée ou de descente qui éveillent en lui un état affectif spécial sur lequel l'imagerie se développe. Cette technique n'est possible qu'après inhibition du psychisme supérieur volontaire et son but est différent de celui de la psychanalyse qui actualise les émotions. Le rêve éveillé, au contraire, cherche à les sublimer, grâce à l'impression d'ascension, source d'un état affectif euphorique, suggérant en général des images lumineuses symboliques qu'il appartient au thérapeute d'analyser.

8° Les hallucinations hypnagogiques du pré-sommeil n'en diffèrent que parce qu'elles précèdent l'endormissement.

9° Les hallucinoses, visions fragmentaires, sont « des désintégrations partielles » de type neurologique sans retentissement psychique délirant. Pourtant elles ne doivent pas être opposées aux hallucinations car elles sont, elles aussi, élaborées par les instances fonctionnelles subsistantes sur le modèle du rêve. Elles peuvent même être par la suite interprêtées ou intégrées dans un onirisme. La différence essentielle est que les unes témoignent d'une dissolution partielle, les autres d'une dissolution globale du psychisme.

Et nous arrivons maintenant aux

10° Phénomènes hallucinatoires proprement dits. Peut-être avons-nous morcelé à l'extrême un peu artificiellement tous ces phénomènes psycho-sensoriels; nous l'avons fait pour montrer la progression continue du trouble et la transition insensible par de nombreuses étapes intermédiaires depuis la perception normale jusqu'à l'hallucination sur un substratum commun qui est l'affectivité.

C. - **Nous voudrions maintenant, à l'appui de cette affirmation, donner quelques exemples cliniques dans lesquels plusieurs de ces phénomènes s'intriquent et s'entraînent l'un l'autre chez le même sujet grâce à l'existence d'un fort potentiel affectif.**

Des hallucinations hypnagogiques peuvent être immédiatement suivie sans interruption par des rêves qui les utilisent :

Nous citons ici un rêve significatif de SCHATZMANN : « Je me trouvais dans un jardin; je venais de m'endormir avec comme toujours devant les yeux des phosphènes de couleur vive que je transformai en hallucination avant de les adapter au rêve. J'en fis un paysage éclairé d'un soleil brillant, à la végétation magnifique et exubérante. Regardant en l'air, je vis voler une machine en forme de locomotive, avec des aciers brillants, et dont la partie inférieure formait une plateforme lisse. L'engin évoluait avec élégance et vint se poser dans une allée voisine. Tout le monde s'approcha et constata qu'il n'y avait personne à bord. »

A partir de ses hallucinations du pré-sommeil, le désir de voyager a dû créer cet avion et le vol a correspondu à une sensation agréable comme tous les rêves de ce type. Il se réveilla avec un sentiment de bien-être et de volupté.

Un rêve peut utiliser, bien longtemps après, une hallucination qui a particulièrement impressionné le sujet.

SCHATZMANN, encore, nous en donne une preuve particulièrement jolie : « Après une longue course en montagne, au milieu d'une tourmente de neige, descendant à skis de la Jungfrau par l'Eigergletscher, il est obligé de s'arrêter tandis que son guide part à la recherche du chalet du Bergli. Il voit alors apparaître une jeune femme vêtue d'une grosse étoffe de bure et la tête couverte d'un voile bleu flottant au vent. L'hallucination ne tarde pas à se dissiper. »

Quelques années après, il rêve qu'il est dans un paysage de neige et de glace et qu'il se noie dans l'eau gelée. Il voit en

rêve apparaître sa sœur, morte longtemps auparavant, au sommet de la digue de neige; seule, sa tête couverte d'un voile dépasse, elle vient à son secours.

Le délire de certains déments séniles, par exemple, est souvent la continuation d'un rêve : rêvant à une agression, ils ont parfois dans la journée des hallucinations à thème de persécution qui redoublent d'ailleurs à la tombée de la nuit et s'accompagnent d'idées de préjudice.

On peut trouver chez les membres d'une même famille ou chez un même sujet des phénomènes proches de l'hallucination ou franchement hallucinatoires dont la coexistence souligne la parenté.

M. Gressot étudie ainsi plusieurs familles dont l'affectivité lui semblait spécialement riche. Chez un sujet, en particulier, gardien d'une réserve ornithologique du lac Leman, il décrit :

— des images eidétiques spontanées « après avoir vu un coucou, son image, depuis, réapparaît dans la pénombre sur une paroi peu colorée, comme une projection lumineuse que j'ai peine à chasser »;

— des représentations visuelles : il revoit et revit des scènes de famille;

— des paréidolies : il anime volontiers la tapisserie de sa chambre, visions imaginatives des plus nettes;

— des hallucinations visuelles chaque fois qu'il a un état fébrile, à caractère onirique;

— des images eidétiques expérimentales.

Images eidétiques aussi, suivies d'illusions et de paréidolies chez Léonard de Vinci : « Si tu fixes ton regard sur un mur ou une paroi quelconques couverts de taches, ou si tu fixes la vue sur des rochers de formes complexes, tu peux arriver à voir des paysages extraordinaires et, avec un peu d'imagination, tu distingueras des montagnes, des vallées, des fleuves, des arbres, des plaines et des monts. Tu pourras également, si tu le veux, arriver à voir des scènes animées et les

jeux vifs de visages humains aux étranges physionomies, et à tout cela tu pourras donner une forme bien définie. »

(Cité par Alvez Garcia.)

On a vu le passage de fantaisies hallucinatoires évoquées au début volontairement, à des hallucinations hypnagogiques involontaires, puis à des phénomènes d'héautoscopie et enfin à des hallucinations vraies qui finissent par submerger le sujet.

Goethe, dit-on, cherchait dans ses rêveries ses inspirations poétiques. Il ne tarda pas à voir son double jusqu'au jour où il eut des hallucinations qu'il ne pouvait plus faire disparaître à volonté.

« Ich sah nähmlich, nicht mit den Augen des Leibes, sondern des Geistes, mich um selbst; sobald ich mich auf diesem Traume aufschüttelte, war die Gestalt hinweg. »

Le rêve peut précéder le délire et, à la faveur d'un état affectif particulièrement intense, entraîner la croyance et donner lieu ultérieurement à des hallucinations qui en dérivent : ce sont les délires post-oniriques de Régis dont nous voudrions donner deux exemples pris parmi bien d'autres.

Observation I.

Mme Jeanne Des..., 52 ans, entre à l'Hôpital Saint-André, salle 24, le 12 novembre 1948.

Il y a un an, à la faveur d'une grave infection dentaire, elle fait un petit état onirique passager, au cours duquel elle a un cauchemar : elle voit son mari mettre du poison dans le vin qu'elle va boire. Ses nuits sont agitées et elle rêve encore plusieurs fois, non seulement à son mari mais aussi à un homme inconnu qui marcherait sur le toit de la maison et dont elle entend les pas. Tout rentre dans l'ordre au bout d'un mois. Mais, déjà éthylique, la malade continue à boire. Son mari, alcoolique lui aussi, lui mène la vie dure et fait des

scènes continuelles; elle est souvent obligée de se réfugier chez ses voisins avec ses enfants. Elle devient inquiète, anxieuse, et depuis son dernier état confusionnel, elle a toujours conservé une certaine méfiance vis-à-vis de son mari.

Quinze jours avant son admission, elle fait une bouffée délirante avec anxiété et hallucinations, surtout auditives : elle entend marcher sur le toit de sa maison et le soir il lui semble voir un homme s'approcher avec le dessein de la tuer. Prise de panique, elle se réfugie chez ses voisins et refuse de rentrer à la maison.

Observation II.

Un peu différente, elle nous montre comment un rêve est devenu, au cours d'un état délirant aigu, d'origine alcoolique, une confusion onirique polyhallucinatoire et comment, une fois l'état confusionnel dissipé, les hallucinations ont persisté quelques temps avec les mêmes caractères.

Il s'agit de Mme Eliette Dub..., âgée de 30 ans, qui entre, salle 21, le 31 janvier 1950.

Depuis huit jours, la malade, bien qu'elle continuât à travailler de façon satisfaisante, passe de mauvaises nuits, hantées par des rêves, au cours desquels revient un homme blanc, et le souvenir de sa grand'mère, morte voici quinze ans. Le 30 janvier, elle accomplit sa journée de travail, et se met au lit comme à l'accoutumée. Au cours de la nuit, elle se réveille, en proie à une terreur intense : elle entend sonner des cloches, voit des étincelles, des lumières, des couronnes, des gens qui viennent la tuer. Elle se lève, prise de panique, hurle de terreur. Elle est amenée à l'hôpital dans un état proche du delirium tremens, en confusion onirique agitée. Dans les antécédents, un éthylisme familial et personnel, une hérédité mentale assez chargée. En trois jours, le sulfate de magnésie guérit le delirium; un mois après la guérison de l'état confusionnel, les hallucinations persistent, elle voit l'homme blanc, son mari, qui viennent lui faire du mal, elle a bâti un petit délire de persécution qui s'estompera peu à peu, sur un fond

d'anxiété qui persiste et qui conduit à employer chez elle (avec succès) la convulsivothérapie. Quatre électro-chocs font disparaître définitivement les phénomènes morbides.

Au cours de certaines psychoses, on a décrit d'une façon quasi expérimentale le passage progressif et insensible des manifestations dépressives aux automatismes de moins en moins contrôlés, aux troubles du sommeil et aux rêves, au mentisme, aux phénomènes d'écho de la pensée puis à la confusion mentale avec onirisme, et enfin aux hallucinations vraies : l'étude des psychoses de captivité 1940-45 par Bachet en est un exemple. Nous pensons aussi à certaines observations cliniques, en particulier celle de Colette P... (N° 5 dans le chapitre suivant).

Et pour conclure nous ferons appel à la sagesse populaire anglaise :

« Find out all about dreams and you will have found all about insanity. »

tandis que le proverbe toscan nous dit :

« Dimmi lo che sogni e ti diró chi sei ».

⁂

CHAPITRE IV

LE MECANISME D'AUTO-ENRICHISSEMENT DES HALLUCINATIONS.

En essayant de montrer dans notre premier chapitre le balancement perpétuel entre l'intellectuel et l'affectif nous avons déjà introduit cette notion sur laquelle nous voudrions maintenant insister, de cercle vicieux pathologique. L'idée prévalente teintée d'affectivité devient vite sentiment puis passion, ou crée un malaise source d'émotions-chocs qui viennent renforcer le sentiment. Sur ce fond de malaise affectif, l'hallucination éclate à la faveur de causes déclenchantes variables, obéissant à plusieurs mécanismes. Son existence renforce le sentiment d'étrangeté et de malaise, source lui-même d'enrichissement de ces hallucinations, et de la création de nouveaux phénomènes psychosensoriels, de leur extension à tous les domaines de la sensorialité. De plus en plus éloigné du monde réel, le malade se réfugie dans son univers morbide qu'il ne quittera plus à moins que la thérapeutique ne puisse intervenir à temps pour rompre le cercle vicieux qui n'a aucune tendance spontanée à s'ouvrir.

Le début des phénomènes hallucinatoires n'est jamais neutre et anidéique : la théorie mécaniciste de De Clérambault ne représente qu'une période de départ dans l'organisation hallucinatoire du type automatisme mental. L'automatisme mental est dû pour lui à des processus irritatifs

qui finissent par créer une pensée parasite intriquée et superposée aux systèmes antérieurs, sources d'hallucinations neutres, anidéiques, athématiques au début. Celles-ci seraient à l'origine d'un malaise qui entraînerait le sujet à les interpréter et à construire secondairement un délire. En réalité, CEILLIER a montré la coexistence des automatismes psychomoteurs avec un sentiment d'influence, un sentiment fondamental d'étrangeté (Fremdenken de SCHRÖDER), issu lui-même d'un malaise affectif. Isolé, un phénomène hallucinatoire psychomoteur ne sera jamais une hallucination vraie : au cours de syndromes choréiques, de Maladie de PARKINSON post-encéphalitique, ont été décrits des cas de paroles impulsives, des phénomènes de pensée répétée, ils n'ont jamais entraîné de croyance délirante ni le moindre sentiment d'influence, comme il semblerait logique si l'on suivait la théorie mécaniste.

Or ce malaise affectif et le sentiment d'étrangeté qui en découle ont leur source dans la vie affective profonde du sujet et en particulier dans :

— le besoin de réconfort dont l'insatisfaction est à la base des psychasthénies;

— la culpabilité sur laquelle se fonde la doctrine d'HESNARD. Bien que l'auteur ait beaucoup étendu la portée de la culpabilité morbide et l'importance du sens éthique, il n'en est pas moins vrai que bien des maladies mentales réalisent un univers de faute relativement à la fonction personnelle de moralité du sujet : sentiment de la faute dans la conscience du malade qui est suivi de conduites d'autoaccusation dans le comportement;

— enfin, l'amour qui sera exaspéré par les frustrations, qu'elles soient réelles ou imaginaires. Il fait alors place, dit Charles ODIER, à une attitude de défense et de négativisme qui implique une disposition native non à refuser

mais à recevoir beaucoup. Ce drame intime des êtres sensibles déçus dans leurs aspirations provoque des arrêts de développement affectif « dont la conséquence est une fixation au stade primitif de l'amour narcissique. Celui-ci restera désormais confondu avec l'amour vrai ou objectal ».

Nous verrons plus loin comment le délire et sa projection hallucinatoire réalisent, spécialement dans ce cas, un mécanisme de compensation « idéo-affective ».

Quant au contenu soi-disant anidéique des premières hallucinations de l'automatisme mental, si on prend le soin de l'analyser, on se rend souvent compte qu'il fait appel à un symbolisme émané de l'inconscient et que son anidéisme apparent n'est qu'une résistance venue de la censure. Lagache, Janet en ont donné des exemples. Gelma insiste aussi sur le caractère psychologique du délire : c'est un état affectif qui commande le courant idéique et qui utilise les éléments sensoriels pour s'exprimer. Aussi n'est-il pas accessible au raisonnement mais plutôt à un autre état affectif qui se substitue au premier. D'où l'importance de la personnalité du médecin et d'un contact affectif avec son malade dépendant au sens étymologique de la sympathie qu'il éveille chez lui.

Qu'une perturbation survienne, l'équilibre, instable déjà, de cette affectivité ébranlée par des frustrations successives, des besoins d'appui et de réconfort inassouvis, une culpabilité latente refoulée à grand peine, cet équilibre donc si fragile va se rompre. La cause déclenchant cette rupture peut être aussi bien une maladie physique, qu'un désordre endocrinovégétatif, qu'une cause émotionnelle, frustration nouvelle qui réactive les conflits anciens. Henri Ey a insisté sur ce dernier point et nous y reviendrons. En tous cas cet effondrement qui entraîne une baisse de niveau psychique plus ou moins accentuée, un passage du plan de la pensée rationnelle au plan de la pensée affective, se traduit aussi

par l'envahissement de la sphère de causalité par la sphère de l'affectivité, l'éclosion du délire et sa traduction psychosensorielle.

« Quand les profondeurs obscures de l'âme sont remuées, ce qui monte à la surface et arrive à la conscience, y prend, si l'intensité est suffisante, la forme d'une image ou d'une émotion. L'image est le plus souvent hallucinatoire pure, comme l'émotion n'est qu'agitation vaine. Mais l'une et l'autre peuvent exprimer que le bouleversement est un réarrangement systématique en vue d'un équilibre supérieur : l'image est alors symbolique de ce qui se prépare, et l'émotion est une concentration de l'âme dans l'attente d'une transformation. »

— Bergson. — « Les deux sources de la morale et de la religion. »

Le malaise affectif qui résulte de cette rupture d'équilibre se traduit par un sentiment vague d'étrangeté et va jusqu'à une anxiété pénible qu'Abély qualifie de « délirogène ». Le malade s'en évade avec plus ou moins de succès et par plusieurs voies.

Il peut chercher sa « néantisation » (J.-P. Sartre) par les toxiques : les hallucinations apparaîtront alors secondairement, variables suivant la nature de l'intoxication, mais exprimant toujours la personnalité profonde du sujet. C'est en vain souvent qu'il essayera d'y trouver l'oubli de ses peines dans un monde miraculeux :

« L'ivresse du haschisch ne sera qu'un immense rêve grâce à l'intensité des couleurs et à la rapidité des conceptions, mais elle gardera toujours la tonalité particulière de l'individu. L'homme a voulu rêver, le rêve gouvernera l'homme, mais ce rêve sera bien le fils de son père. Le haschisch sera un miroir

grossissant mais un pur miroir... Le devoir viendrait sonner comme un glas à travers votre ivresse, l'inquiétude deviendrait angoisse, le chagrin torture... C'est un mariage de l'homme avec lui-même auprès duquel tous les autres liens ne sont plus rien ».

BAUDELAIRE.

Même si l'ivresse du début et l'exaltation fugitive des sens lui ont apporté un moment d'oubli, le toxicomane le paye ensuite par une multiplication de ses souffrances, une désagrégation de sa personnalité, proie facile pour la folie.

« La grande langueur que vous éprouvez ensuite est la punition de la prodigalité impie avec laquelle vous avez dépensé le fluide nerveux. Vous avez disséminé votre personnalité aux quatre vents du ciel et maintenant quelle peine n'éprouvez-vous pas à la rassembler et à la concentrer ! ».

L'anxiété crée la toxicomanie. Secours passager et illusoire, le toxique multiplie bientôt dans les hallucinations qu'il fait naître après la phase d'ivresse les tortures de celui qui s'y réfugie; il le plonge dans un infini d'horreur, amorçant le cercle infernal, lui laissant une anxiété encore plus grande que celle qui, au départ, l'avait entraîné vers l'oubli. Il n'est plus maître de lui maintenant, et même s'il a échappé au toxique, il risque de devenir un délirant qui hallucine sans son emprise.

Voici, en raccourci, l'histoire de DE QUINCEY.

Au cours d'une vie vagabonde et misérable, après une jeunesse qui ne lui apporta que des souffrances, DE QUINCEY tombait dans des somnolences hantées de cauchemars tumultueux. Il perd dans le dédale des rues des Londres une pauvre fille malheureuse comme lui, le seul être qu'il aimât jamais. ANN n'aura pas tout à fait disparu. Il la recherche dans les rêveries de l'opium; il en tire au début une exaltation merveilleuse, l'impression d'une lucidité qui lui fait tout voir sous

un jour nouveau et retrouver Ann. Il peut enfin fuir la mélancolie qui le tenaillait : « Oh, just subtle and all-conquering opium !... Thou callest back to the guilty man the visions of his infancy and hands washed pure from blood... Thou only givest these gifts to man, and thou hast the keys of Paradise, o just, subtle and mighty opium ! »

Il y trouve à apaiser ce sentiment de culpabilité morbide qui ne l'a jamais quitté. Mais à peine sorti de ses rêveries enchanteresses, il retombe dans sa mélancolie qui lui semble toujours plus intolérable à mesure qu'il multiplie les oublis artificiels. Puis l'opium le trahit et ne lui offre plus maintenant que tortures, que paysages infiniment sombres et horribles avec l'impossibilité grandissante de s'arracher lui-même au supplice. Paysages que les vers de Shelley évoquent : « C'était comme si un grand peintre eût trempé son pinceau dans la noirceur du tremblement de terre et de l'éclipse ». Il ne voit plus Ann, que séparée de lui par d'épaisses vapeurs, le visage lointain et mélancolique, symbolique vision de son éloignement définitif qui ravive sa peine. Il essaye par deux fois de se désintoxiquer, mais retombe toujours dans sa mélancolie; même en l'absence du toxique, sa triste solitude lui apporte des rêveries proches des hallucinations, qui l'effrayent, évoquant la mort, mais heureusement, aussi, l'image consolatrice d'un prêtre en surplis blanc et d'enfants souriants montant vers le ciel. A la fin de sa vie, il a même parfois des hallucinations héautoscopiques, « l'apparition est votre propre reflet, et en adressant au fantôme l'expression de vos secrets sentiments, vous en faites le miroir symbolique où se réfléchit à la clarté du jour ce qui, autrement, serait resté caché à jamais ». Parfois ce fantôme le console, d'autres fois, il lui fait peur et de Quincey ne sait plus si cet autre lui-même est une rêverie ou une hallucination à laquelle il doit croire.

L'hallucination n'a, la plupart du temps, pas besoin du toxique pour apparaître : elle va parfois extérioriser la culpabilité latente. Les idées de faute et les conduites d'autoaccusation se matérialisent ainsi au cours de mélancolies

délirantes, transformant l'anxiété en quelque chose de plus concret, donc de plus tolérable.

Observation III.

Mme Marie Laf..., 51 ans, entre, salle 21, à l'hôpital Saint-André, le 24 avril 1951, extrêmement anxieuse, en proie à de multiples hallucinations contre lesquelles elle demande protection.

Toujours nerveuse, méticuleuse, hyperémotive, peut-être aussi un peu débile, très influençable, la malade a mené une petite vie sans histoire jusqu'en 1943. Elle n'a pas d'enfants, elle le regrette, et vit seule avec son mari.

En 1943, sans très bien s'expliquer son geste impulsif, Mme Laf..., dérobe chez un commerçant un portefeuille contenant des tickets et un peu d'argent, elle va aussitôt se dénoncer, mais comme il y avait eu une plainte, elle est arrêtée et fait treize mois de prison. Elle rentre chez elle la tête basse et ne retrouvera plus son calme; elle est en butte aux moqueries et aux airs méprisants du voisinage, son mari est même obligé d'intervenir. Mais Mme Laf... s'exagère leur importance, de plus en plus méfiante et anxieuse, elle se renferme chez elle et ne veut plus voir que quelques amis envers lesquels d'ailleurs elle est ambivalente. Depuis deux mois, elle croit qu'elle est persécutée par une machine électrique, que ses voisins ont installée et dont les fils la bombardent à travers les murs. Elle entend leur voix la traiter de « voleuse » et de « femme de rien ». Au cours de deux raptus anxieux successifs, la malade s'est réfugiée dans une maison de santé où, après quelques heures de calme relatif, les persécuteurs n'ont pas tardé à la rejoindre. Maintenant elle entend des voix, principalement à l'heure des repas, qui la harcèlent et la traitent de voleuse, l'accusent de « coucher sur une poule crevée, sur un serpent, sur un cercueil ». Ces voix augmentent son affolement et son anxiété les fait redoubler, elle ressent maintenant, la nuit, des picotements sur tout le corps, des brûlures, des douleurs.

C'est la machine électrique qui la poursuit. Elle a tout essayé, jusqu'aux gestes de conjuration qui n'ont plus rien de religieux et la ramènent aux pratiques des primitifs, de sens magique : elle a aspergé son lit d'eau bénite, elle se couvre de médailles, fait brûler des cierges, multiplie les confessions, demande des messes, passe même une nuit dans l'église où elle se sent plus à l'abri. Plus rien ne l'aide maintenant, elle vient nous demander secours. Son état d'anxiété va croissant de jour en jour, à ses voix s'ajoute maintenant celle du psychiatre qui l'a soignée il y a quelque temps; il lui dit depuis la cour qu'elle est une voleuse, qu'elle a emporté avec elle les draps de sa clinique. Nous considérons que l'état thymique et l'anxiété sont au premier plan du tableau clinique et nous soumettons cette malade à la thérapeutique de chocs. Après une série de cinq, l'amélioration qui se dessinait dès le troisième, s'accuse. Elle n'hallucine plus, elle a retrouvé le calme, elle critique son épisode délirant, mais elle a peur de revenir chez elle où elle reverra ces mêmes voisins qui lui ont réellement fait sentir leur mépris lors de son retour de prison. Le sentiment de culpabilité est rentré dans l'ombre, mais on a nettement l'impression que la malade l'a refoulé en bloc sans chercher à l'analyser et à le remettre à sa juste place. Il persiste une certaine inquiétude qui nous fait différer sa sortie et en tous cas demander à son mari qu'il ne la ramène pas dans le même cadre. La voyant en si bon état, il ne nous écoute pas et la reprend chez lui dès sa sortie. Deux jours après, la malade nous revient dans le même état d'anxiété, polyhallucinée, toutes les persécutions ont recommencé, après une journée où son état d'inquiétude avait augmenté progressivement. Les premières voix entendues l'ont décuplé et il s'y ajoute maintenant des hallucinations gustatives (« goût de brûlé dans la bouche »), cénesthésiques (« brûlures intestinales et gastriques »), visuelles même. Nouvelle série d'électrochocs; les premiers sont faits sous nesdonal, car l'approche de l'appareil la plongeait dans une affreuse

terreur. Les premières injections jouent le rôle de narcoanalyse, et nous notons ses paroles : l'injection de nesdonal s'accompagne de crises de larmes, d'appel au secours, de protestations d'affection et de confiance à notre égard, mais surtout de cette phrase plusieurs fois répétée « Je vous en prie, ne me faites pas de mal ! Je n'ai jamais rien fait ! Ce n'est pas vrai, je n'ai pas volé ! ».

Après cinq électrochocs assez rapprochés, la malade est guérie comme la première fois, c'est-à-dire qu'elle essaye de refouler son sentiment de culpabilité en refusant d'en reparler et de chercher à le comprendre. Sa débilité empêche nos essais de psychothérapie de compléter sa cure. Néanmoins elle sort guérie et son mari semble enfin avoir compris qu'il ne fallait pas la ramener dans le cadre qui la rendait triste et inquiète. A notre connaissance, la guérison se maintient.

Nous venons donc de voir comment la culpabilité réelle chez une hyperémotive a déclenché l'inquiétude, source des hallucinations, qui, elles-mêmes, augmentant l'anxiété, ont subi un autoenrichissement, source d'une anxiété encore plus grande. Le cercle vicieux n'a pu être rompu qu'en attaquant directement l'état affectif qui en était la base au moyen de la convulsivothérapie. Une psychothérapie destinée à liquider le complexe de culpabilité aurait dû la compléter. La psychose avec ses hallucinations accusatrices jouait le rôle d'un auto-châtiment pour une culpabilité réelle à l'origine, mais morbide de par son ampleur. Freud aurait fait sans doute de ce cas clinique, comme de toutes les mélancolies délirantes, une régression de l'affectivité au stade sadique-masochiste.

Voilà deux procédés différents d'évasion hors de l'anxiété « délirogène », pas très heureux car ils n'aboutissent, surtout dans le second cas, qu'à substituer à l'anxiété réelle une anxiété morbide qui ne soulage guère le malade, bien au contraire.

Le mécanisme suivant est peut-être plus favorable : celui qu'Abély a intitulé « le refuge dans la mauvaise foi »; sortant de lui-même, le malade projette à l'extérieur sa propre réalité au moyen d'hallucinations qui constituent un essai pour « retrouver sa liberté en se défendant contre quelque chose ». Nous allons rapporter, pour illustrer ceci, l'observation d'une malade qui, amoureuse d'un prêtre sans le savoir par suite d'inassouvissements affectifs dans sa vie réelle, construisit un délire de possession démoniaque, rapidement doublé d'un mécanisme de compensation par un système délirant de protection divine. Ce n'est plus un cercle vicieux pathologique, c'est un véritable tourbillon qui emportait dans sa ronde les hallucinations, les rêveries, les états affectifs qu'elles entraînaient et qui, à leur tour, en évoquaient de nouvelles.

Observation IV.

Le 13 avril 1950 entre à l'hôpital Saint-André, Mme Clau..., âgée de 53 ans, nous accordant d'emblée sa confiance, accompagnant son récit extraordinaire d'une mimique riche, expression d'une affectivité débordante et labile, passant vite du sourire aux larmes, du calme serein à des expressions d'extase qui la transfigurent. Il y a vingt ans a commencé un roman délirant qui dure et s'enrichit encore. Elle vivait alors heureuse en apparence, avec son mari. C'est dans ces conditions qu'elle fit la connaissance d'un prêtre qui constatant la pauvreté de son instruction religieuse, les invita à venir passer quelques jours chez lui, dans le dessein de lui faire faire sa première communion. Au jour dit, malgré sa fatigue, elle se rend à la Sainte Table, communie, mais part déçue et avec un sentiment de malaise devant la froideur du prêtre qui l'avait instruite.

Dès son retour elle s'aperçoit qu'elle est possédée par les puissances du Mal : elle aurait dû s'en méfier là-bas où la gouvernante du prêtre lui avait semblé suspecte; peut-être était-elle sa maîtresse, peut-être était-il un mauvais prêtre.

Et puis, une vision du pré-sommeil aurait dû l'avertir : la veille de sa communion, elle vit passer sur le mur de sa chambre l'image de la Mort. C'est fait, il est trop tard, elle a été envoûtée : le prêtre est là, à côté d'elle, il la voit, il l'entend, lui pince le cœur, vole sa pensée, la devine, la devance et la répète en se moquant d'elle. Il lui envoie des odeurs, la force à faire des gestes. Sans arrêt, cela dure depuis vingt ans. Le prêtre maudit lui apparaît sous des formes diverses : la nuit il est là, joint ses mains entre lesquelles grouillent des bêtes affreuses, ou des boules noires; le jour, il passe devant ses yeux revêtu de ses habits sacerdotaux, vieilli, ou bien déguisé en mendiant. Ou, pour mieux la tromper, il prend l'apparence du Christ, mais alors Dieu vient à son secours et l'aide à distinguer le vrai du faux. « Il me met devant les yeux un Christ, mais toujours cassé, et si alors je m'approche pour le toucher, le vrai Christ m'apparaît sur sa croix et l'autre s'évanouit. Dans l'église, il me montre des croix noires, mais au-dessus, la croix du Maître s'illumine, se détache du mur, s'approche, me bénit et revient à sa place, puis tout disparaît ».

Le prêtre lui parle tantôt d'une voix distincte et extérieure, tantôt d'une voix irréelle, accompagnée de toutes les manifestations de l'automatisme mental : il la supplie, l'injurie, prie, menace tour à tour, mais en tous cas ne cesse de la tourmenter. Il lui envoie des odeurs, lui fait sentir pour la narguer ce qu'il est en train de manger. Il lui procure, dans la sphère génitale des sensations voluptueuses, il la possède mais en « dédoublement »; tous deux se dédoublent, elle ressent une impression de vide en elle et assiste en spectatrice impuissante à l'union de leurs deux images. Il lui tord le cœur, la frappe. Elle le croit responsable de la mort de son mari, témoin pendant dix ans des tortures qu'il lui faisait endurer. Le prêtre se présente donc sous diverses formes humaines, mais aussi sous forme animale : il a pris un jour l'aspect d'un serpent. Alors, surgit le Christ environné de lumières qui lui tendit un bâton avec lequel elle coupa le serpent en trois morceaux, la vision disparut. Il est souvent accompagné d'autres personnages mystérieux, toujours vêtus de noir, repoussants, dont les yeux jettent des feux et brillent dans l'ombre. Satan

les commande tous, il accourt parfois, ses grandes ailes déployées, les ongles crochus; ses yeux scintillent, il est précédé d'un souffle fort et fade, il essaye de la posséder.

Une vie exemplaire, des prières, de longues stations à l'église l'aident à supporter ces tortures. Le prêtre mauvais n'est nullement troublé par les signes de croix, les aspersions d'eau de Lourdes, même les coups qu'elle lui porte, les messes qu'elle fait dire; elle s'est fait exorciser sans résultat. Elle a dénoncé l'impie à l'Archevêché dont il dépend : on l'a traitée de folle !

Dans sa lutte, elle est heureusement soutenue par les puissances du Bien : « On a raison de dire que la haine d'un prêtre est mortelle. Dieu est heureusement plus fort que lui ». Un jour, comme elle revenait de la Sainte-Table, le Cœur Sacré de Jésus lui est apparu pour la première fois environné de lumières. Dieu lui envoie sans cesse des visions merveilleuses : c'est un livre qu'il faudrait pour les décrire, il est certain que Mme Clau... a eu devant les yeux toutes les scènes qu'ont pu représenter les images pieuses, le Christ en croix, le Christ au temple, le Christ au tombeau... Cette fois-là, il lui dit : « Va me chercher de l'eau ! »; comme elle revenait, elle se lava les mains avec l'eau qu'elle avait puisée et vit un bracelet d'or se poser sur son bras; elle comprit que Jésus lui avait lavé les mains comme il lava les pieds des apôtres. Un Samedi Saint, comme elle était à l'église, les cloches se mirent à sonner et elle entendit la voix douce que prend le Christ pour lui parler : « Lève les yeux et regarde ! »; et elle vit Jésus s'élever de l'autel vers le ciel sur un nuage lumineux. Ce jour-là l'Hostie lui apparut toute sucrée, pleine d'un parfum exquis et indéfinissable. Jésus-Enfant vient parfois vers elle. La Vierge répondit aussi à son appel. Déçue de n'avoir pas d'enfant alors qu'elle en avait toujours désiré, elle s'adressa à Notre-Dame de Lourdes, apparue à ses yeux : « Je vous avais demandé un fils, donnez-moi votre enfant ! ». — « Ne pleure plus, lui répondit la Vierge, il te sera rendu, habille-le toujours en blanc ! » Le lendemain, notre malade se rendit à la chapelle, sur l'ordre divin et se fit donner le Jésus de cire de la crèche; depuis des années, la poupée ne la quitte plus, elle l'a usée

de ses baisers, elle l'habille de linge blanc, et ne s'en sépare jamais, même dans la salle d'hôpital; elle accepte comme une épreuve les moqueries des autres malades. Tous les saints viennent l'encourager, Sainte Thérèse, le Curé d'Ars. Sur l'ordre du Christ, elle élève des colombes dans son jardin. Sa maison, impeccablement tenue, n'est qu'un reposoir plein de statues pieuses et de fleurs.

Ainsi le prêtre maudit ne pourra rien contre elle. Dieu a développé son intelligence pour qu'elle puisse porter sa croix jusqu'au bout; elle passe son temps à travailler, à prier, à aider les autres. Dans son quartier, on rit d'elle, mais on abuse de ses services et de sa complaisance inlassable. Dans la salle, son activité est incessante et discrète, elle aide les infirmières, fait manger ses voisines de lit impotentes. Peut-être est-elle un instrument choisi par Dieu, elle s'incline devant Sa volonté. Pendant l'un de nos interrogatoires, le prêtre était à côté d'elle, il se manifestait sur son visage par des mimiques méchantes qu'elle ne pouvait réprimer mais son enthousiasme mystique croissant de plus en plus, au fur et à mesure de son récit, elle eut devant nous une extase; transfigurée, elle se leva, poussée par une force, et nous dit ensuite qu'elle avait aperçu derrière nous le Christ sur sa croix qui, se détachant du mur, s'approcha d'elle, puis revint en arrière et disparut. Dans son comportement au cours de nos entretiens, ce sont avant tout son hyperémotivité, ses larmes toutes proches, son affectivité démonstrative qui nous ont frappée.

Aucun affaiblissement mental n'accompagne ce délire qui dure depuis vingt ans; la qualité de ses idées délirantes entraîne une hyperactivité et une vie extrêmement droite. Son père et son mari étant morts, elle a rompu avec le reste de sa famille et ne la voit que lorsqu'on a besoin d'elle pour aider ou soigner un malade. « Dieu m'en a détachée pour mieux me rapprocher de lui ». Après la révolte du début, l'extase des apparitions, elle semble entrer maintenant dans une phase mégalomaniaque à mesure que son délire s'enrichit à la suite de la multiplication des apparitions célestes. Elle tient à nous montrer la différence qu'il peut y avoir entre elles et des

rêves : ses rêves lui apportent l'image et les encouragements de son mari mort, mais les visions sont d'une toute autre qualité.

L'examen clinique est entièrement négatif : on note seulement un très léger degré d'hirsutisme chez cette femme qui est ménopausée depuis trois ans.

L'histoire de sa vie nous apporte des éléments intéressants pour comprendre le contenu de son délire : aînée de six enfants, elle perdit sa mère alors qu'elle avait sept ans, sa mère qu'elle n'avait jamais aimée et dont le souvenir revint longtemps la tourmenter en rêve. Elle adorait, par contre, son père, et n'était jamais plus heureuse que lorsqu'elle se blottissait dans ses bras; sa première pensée, quand sa mère fut morte, c'est qu'il y aurait désormais pour elle une place dans le grand lit aux côtés de son père. Aussi, son désespoir fut-il grand lorsqu'il la repoussa et lorsqu'elle s'aperçut que la fille qui les gardait était sa maîtresse. Il l'épousa peu après et lui donna quinze enfants.

La malade, désormais, n'accorda plus son affection qu'à un seul être, le dernier de cette grande famille, un petit garçon semblable au fils qu'elle aurait voulu avoir, traînant désormais avec elle le sentiment d'être frustrée d'affection, elle qui en demandait tant et aurait offert la sienne en retour, et le sentiment d'être incomprise. Exploitée par sa famille, elle quitta, encore jeune, la maison et s'engagea comme domestique dans la région où elle se maria peu après avec un homme de son choix, sérieux, doux, plus âgé qu'elle, manifestement un substitut du père; si, au point de vue affectif il la rendit parfaitement heureuse, par contre au point de vue sexuel, il la laissa insatisfaite et c'est à ce moment-là que se place l'incident inducteur, la connaissance du prêtre.

Nous avons voulu faire quelques tests de projection : le Rorschach est très curieux; elle ne donne aucune interprétation classique, les planches sont vues à travers le prisme de son délire et servent de point de départ à des visions diaboliques pour le noir et le rouge; divines pour les planches colorées, qui prennent vite du relief et se détachent de l'image.

Quant au TAT, il redit symboliquement les conflits de son enfance, sa fixation au père et les frustrations successives qu'elle a subies. Nous ajouterons que toutes les explorations biologiques sont normales. L'électro-encéphalogramme pendant lequel elle eut des hallucinations cénesthésiques pénibles, donne lieu à l'interprétation suivante :

« Tracé d'anxieux, perturbation maxima type III, activités corticale et basale de même type. Modifications pendant la présentation des planches du Rorschach et du TAT. »

Voilà donc une malade bien démonstrative : son affectivité débordante est restée infantile, elle ne connaît pas de demi-mesure, elle passe de l'amour à la haine. La mort de sa mère et les frustrations affectives l'ont empêchée de liquider son complexe d'Œdipe : agressivité et ambivalence vis-à-vis de sa mère, attachement violent à son père qui fait place à la haine jalouse lorsqu'il la trompe avec une autre femme. Puis, le report de son affection sur le garçon que celle-ci lui donne, plus tard, son désir déçu d'avoir un fils. Elle désire et refuse à la fois la domination de l'autre sexe. Toute sa vie, elle traîne sans compensation une insatisfaction sexuelle, et la nouvelle frustration que lui apporte la rencontre du prêtre, réactivant les conflits de l'enfance joue le rôle d'incident inducteur. Elle projette ses désirs érotiques en les déguisant sous forme de persécutions hallucinatoires qui, entretenant le déséquilibre affectif, s'enrichissent elles-mêmes et se transforment peu à peu, s'adjoignant des mécanismes de compensation. On ne peut même pas, chez elle, parler de régression affective; il n'y a jamais eu de maturation affective chez cette femme qui est restée infantile et dont l'efflorescence des instincts se double de l'imagination qui entraîne l'esprit dans le monde déréel des contes de fées et de la fiction. Pour en donner une interprétation freudienne classique, il manque les tendances homosexuelles subconscientes. Nous devons ajouter cependant que les psychanalystes à qui nous avons exposé

le cas de notre malade ont fait de cette poupée de cire qui la suit partout l'image symbolique de son propre Moi narcissique.

Devant l'échec de l'exorcisme, Mme Clau... était venue nous réclamer des électro-chocs et c'est seulement dans cet espoir qu'elle est entrée à l'hôpital. Elle est tout à fait en confiance: c'est pourquoi nous lui faisons la convulsivothérapie sous nesdonal en profitant de l'endormissement pour lui affirmer la disparition prochaine des persécutions diaboliques. De fait, depuis le début du traitement, le prêtre maudit a moins de pouvoir et les visions célestes plus d'attrait. Cette psychothérapie, assez curieuse, que, vu l'ancienneté de son délire, nous ne pouvions guère envisager sous un autre angle, dut être interrompue brusquement pour des raisons matérielles qui obligèrent Mme Clau... à rentrer chez elle, il y a maintenant un peu plus d'une année.

Ce roman délirant a un épilogue assez inattendu : au cours d'un paroxysme hallucinatoire particulièrement démonstratif et gênant pour les voisins, elle dût être internée à l'hôpital psychiatrique. Depuis la minute précise où elle en franchit la porte il ne fut plus question d'aucun phénomène morbide; avec la plus grande effronterie elle nia devant nous avoir jamais rien eu; seule une fatigue physique légère l'avait conduite à l'hôpital. Son comportement restant parfaitement normal, on tenta une sortie d'essai. Depuis, nous l'avons rencontrée; très courtoise, elle reste pourtant sur la défensive et nous ne pouvons obtenir aucun aveu. Nous savons par ailleurs qu'elle continue à vivre dans sa maison transformée en reposoir, qu'elle reçoit probablement toujours les apparitions célestes, mais elle n'en parle plus.

Voici, pour terminer, une dernière observation où les mécanismes d'auto-enrichissement ont développé à partir d'une affectivité débordante et d'une riche propension à l'éidétisme, un déséquilibre émotionnel encore plus grand. Exaspéré par des frustrations affectives et des expériences sexuelles malheureuses, il a entraîné des phénomènes oniroïdes de plus en plus fréquents et intenses qui l'ont accru.

Ce sont maintenant des hallucinations de toutes les sphères et des phénomènes d'héautoscopie auxquels il nous est donné d'assister. C'est une preuve éclatante du passage insensible du rêve au délire et de leur identité de nature. L'intérêt de l'histoire de Colette P... se double du fait qu'elle s'est parfaitement prêtée à l'étude expérimentale de son affectivité.

Observation V.

Colette P... entre salle 24 le 20 janvier 1951, ayant déjà fait deux ans auparavant un court séjour dans le service; le diagnostic porté à ce moment-là avait été : troubles névropathiques et perturbations hypniques. Elle a vu depuis de nombreux médecins dans différentes villes et subi en octobre 1950 une hystérectomie. Elle a 40 ans.

La septième d'une famille de dix enfants, Colette P... a eu une enfance sans histoire auprès de ses parents dans une grande propriété, propice aux jeux et aux rêveries enfantines; elle aimait les contes de fées, Perrault, Andersen, elle lisait beaucoup et ne sortait pas; parfaitement heureuse au milieu de ses frères et sœurs, qui se sont maintenant dispersés, de son père et de sa mère, fins, cultivés, musiciens. Peu d'ombres au tableau, si ce n'est, d'une part, l'existence d'une sœur idiote et, d'autre part, chez Colette de fréquentes maladies; elle est atteinte d'une luxation congénitale de la hanche, très bien soignée dans son enfance. Devenue grande, Colette boite légèrement mais elle est une belle fille, intelligente et cultivée, c'est du moins le portrait qu'elle donne d'elle-même. Elle fait à Paris ses études d'infirmière et de secrétaire médicale, obtient son diplôme, dont elle est obligée de se servir à la suite d'un revers de fortune.

A vingt-cinq ans, elle doit subir un examen gynécologique qui la trouble profondément, suivi d'une ovariectomie. Craignant de ne jamais pouvoir être mère, elle se sent pour la première fois inférieure à ses sœurs et aux autres jeunes filles, d'autant plus qu'elle met cinq ans à se remettre, l'intervention chirurgicale ayant été suivie de complications assez

fâcheuses. Elle a déjà trente-deux ans quand elle se sent de nouveau apte à reprendre une vie normale; elle essaye de revenir auprès de ses parents dans leur petite maison du Limousin. L'ambiance est triste; sans amis, sans jeunesse autour d'elle, elle n'a comme décor devant les yeux qu'une immense châtaigneraie dont la sombre poésie l'écrase, et elle se réfugie dans ses rêveries. Pendant la guerre, elle essaye de travailler dans des conditions matérielles difficiles, tombe de nouveau malade, souffre entre autres de douleurs rhumatismales. A mesure qu'elle se sent physiquement plus atteinte et que les phénomènes assez curieux qu'elle décrit la troublent davantage, « impressions de tête qui se déboîte, de brûlures dans les yeux, de voix qui s'éteint », il lui semble que son esprit au contraire s'ouvre, que son intelligence se développe et que sa sensibilité la fait vibrer davantage.

Ne s'étant pas mariée, Colette a eu à vingt-huit ans un réveil brutal et troublant de ses sens. Nous lui laissons la parole : « J'en suis venue à faire quelques gestes qui me donnaient un soulagement immédiat. Et alors, au moment de ce que j'appelle mes pâmoisons sexuelles, il m'arrivait quelque chose de très curieux. Après une sorte de déclic, j'avais l'impression de quitter mon corps, de ne plus être que pensée et esprit, de m'élever au-dessus de mon lit et de voler à travers la chambre. Puis je me retrouvais en moi-même avec l'impression que quelque chose rentrait en moi. J'avais perdu le sommeil mais je commençai à présenter ce que j'appellerai des rêves vivants avec l'impression de me sentir jouer le rêve. C'étaient des visions d'enfer par exemple, j'étais jetée dans la fosse aux lions, torturée, brûlée vive par les démons; un prêtre à qui je le racontai me fit comprendre qu'il y croyait lui aussi. Au début j'avais ces visions seulement en passant de la veille au sommeil ou inversement. Quand je m'endormais, mon corps s'engourdissait, quelque chose se déclenchait, et je partais vers l'inconnu, dans ces rêveries atroces où le démon rôdait autour de moi et me violait. La nuit j'entendais souvent en rêve une voix m'appeler par mon nom : « Colette ! » Je me réveillais en sursaut, et assise sur mon lit, les yeux écarquillés de peur, je percevais un rire satanique. J'ai cru, au début, que c'était

morbide, je crois maintenant que c'est vraîment surnaturel. Plus j'essaye de dire que c'est mon imagination, plus ce phénomène se renouvelle comme pour me donner un démenti. Je ne peux plus rien faire, les démons se jouent de moi, mon ouvrage me tombe des mains, ils m'empêchent de prier ou de méditer. J'ai sans cesse des voix d'esprits mauvais autour de moi. J'ai été brûlée vive, frappée, attrapée par les deux pieds et lancée contre les murs de la chambre par un démon qui jonglait avec mon corps. J'entends ces voix, tantôt intérieures, tantôt extérieures à moi, elles deviennent maintenant de plus en plus élevées et spirituelles. J'en entends aussi de bonnes et de consolantes, mais je dois m'en méfier : des voix d'enfants qui geignent, d'êtres qui souffrent... J'ai vu non pas des anges-démons-spirituels mais des démons-humains. J'étais en train de lire un roman quand brusquement la chambre s'emplit de couleurs violentes, d'êtres humains de grandeur normale, des hommes, des femmes, des prêtres. L'impression que j'ai ressentie souvent d'être possédée ne s'est jamais traduite en images visuelles. Les corps que je voyais, extérieurs à moi et bien réels, étaient changés en braise vivante. Je sais maintenant que le Curé d'Ars a lui aussi vu l'enfer sous cette forme. Je l'ai vu et vécu, je suis sûre que c'est réel. J'ai voulu me confesser, mais ensuite tous mes péchés m'étaient rejetés à la face dans des tortures affreuses. J'ai fait des repères dans ma chambre, je retrouve les objets déplacés, les portes s'ouvrent sans raison, on me jette au bas de mon lit, je vois des mains transparentes glisser sur mes objets de piété. »

Colette pense qu'elle est le jouet « d'hallucinations » qui sont des manifestations réelles de la présence du démon qui les lui envoie pour la troubler. Parfois Dieu se manifeste : elle se voit environnée d'une lumière intense, elle est tirée de son sommeil par des rayons divins, elle entre en communion spirituelle avec Lui et s'identifie au Christ écrasé sous le poids du péché, livré nu à la populace. Elle sent que « Dieu la désire, qu'il est le plus beau des enfants des hommes ». Une voix ineffable lui dit un jour : « Tu seras tombeau de verre », elle

ne comprit pas jusqu'au jour où elle apprit que tombeau de verre signifiait « corps déjà immatérialisé avant sa mort ».

Colette croit se connaître, et se définit ainsi : « Inconscient très malade, conscient trop clairvoyant, superconscient élevé ». Elle ne pense pas avoir été choisie par Dieu pour jouer un rôle, elle est seulement un instrument dont Il se sert; Il l'envoie de temps en temps en enfer pour « prendre la place d'un être qui y souffre et qui à ce moment-là peut profiter d'une grâce spéciale ».

Son comportement dans la salle est, du moins au début, très normal, elle ne parle pas aux autres malades de ses visions. Un matin nous la trouvons en proie à un malaise curieux : elle est manifestement dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil, elle nous appelle car elle souffre et fait des efforts de vomissements : à chacune de ses paroles des flocons de laine invisibles pour nous et impalpables sortent de sa bouche et s'accumulent sur ses draps, rouges, verts, bleus... On dirait un conte de Grimm. Du fluide lui sort des doigts et se répand. Elle a d'ailleurs un don pour faire tourner les tables. Elle se dédouble constamment maintenant et converse avec d'autres doubles sous la forme d'un corps fantomal mais nettement visible, émettant des « radiations psychiques », et des « paroles inaudibles ». Elle tend vers un pur esprit, voudrait transcrire en musique et en poésie les dons qu'elle a jusque-là « refoulés » en elle, elle entend parler la pensée des gens, comprend les aphasiques et les déments.

Colette présente des hallucinations héautoscopiques tellement nettes qu'elle a demandé bien des fois à ses voisines de lit si elles aussi avaient vu son double. Ses dédoublements ont leur origine dans des phénomènes de mémoire éidétique : elle s'est vue petite fille, en habits d'autrefois, au milieu des membres de sa famille qui sont morts, dans des scènes colorées et animées qui n'avaient, à son avis, rien d'une rêverie, mais les caractères de relief, de couleur, de netteté d'un véritable spectacle. Elle s'est vue, autre elle-même, s'approcher du lit où elle était couchée, ombre légère vêtue d'une chemise de soie

flottante; l'ombre la regarda et elle entendit une voix murmurer : « Laisse-là se coucher près de toi, elle est quelque chose de toi même ». Colette la contempla, figée de terreur; l'ombre se tourna vers la cheminée, regarda l'image de son Sacré-Cœur, s'agenouilla, fit le signe de croix et, après s'être relevée, s'évanouit comme une bulle de savon.

Elle a vu dédoublés bien des gens de son entourage, dans la journée, au cours de promenades. En Savoie, récemment, elle a rencontré le double d'un homme qu'elle avait aimé. Et chez elle, elle vit une nuit une « émanation » se dégager de ses parents endormis, prendre la forme de leurs corps et aller s'asseoir au coin du feu. Colette pense que ces phénomènes ont leur source dans des « rêves visionnaires » de son enfance qui les annonçaient.

Sa vie sentimentale a été une suite de chocs et de déceptions, spécialement marquée par la rencontre d'un prêtre vers l'âge de trente ans. Elle était allée s'ouvrir à lui de ses rêveries mystiques au moment où elles n'avaient pas encore de caractère franchement hallucinatoire; elle semble avoir fait sur la personne de ce prêtre un transfert auquel il aurait répondu puisqu'il lui donna de l'argent pour qu'elle aille passer à la mer quelques jours de vacances. Elle fit, pendant ce séjour, la connaissance d'un jeune homme qui devint son amant. Elle développa par la suite un énorme sentiment de culpabilité, elle s'était servie de cet argent pour avoir « huit jours de bonheur défendu ». Le prêtre, auquel elle se confessa au retour, le prit très mal. Particulièrement confiante pendant nos entretiens, Colette change dès que ce sujet est effleuré : elle se ferme et devient méfiante, voire agressive.

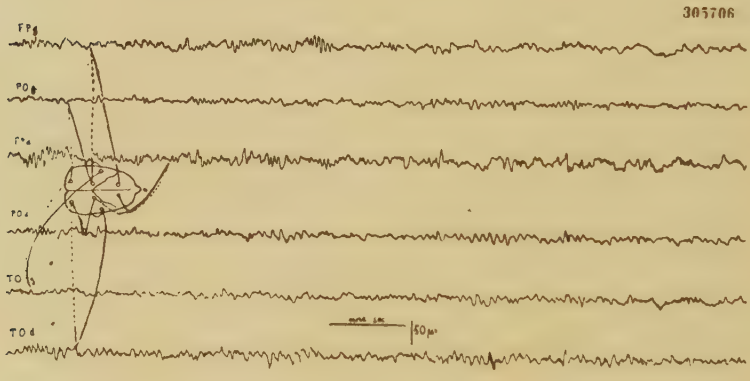
C'est pourquoi nous avons eu l'idée de l'interroger sous nesdonal en prenant en même temps son électroencéphalogramme et l'enregistrement de son réflexe psycho-galvanique. Nous lui avions expliqué la nature de nos recherches, et elle avait très aimablement accepté de s'y soumettre.

Nous verrons un peu plus loin combien l'exploration de son affectivité par cette méthode fut concluante.

Qu'il nous suffise, pour terminer son observation, de donner le résultat de certains examens : d'une intelligence très moyenne, Colette fait la preuve au Rorschach déjà il y a deux ans d'une affectivité débordante et désadaptée avec égocentrisme et préoccupations érotiques. Il y a de nombreuses stéréotypies, des interprétations anatomiques et sexuelles en grand nombre, des chocs et des refus de planches qu'elle essaye de masquer sous une fausse attitude de désinvolture. Un Behn-Rorschach refait actuellement est celui d'une névropathe, son délire n'y entre pas. Elle refuse le TAT.

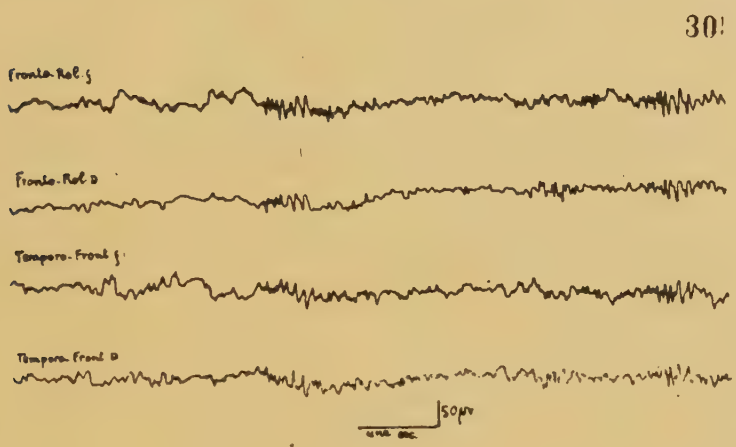
Le Docteur Faure enregistre un premier EEG dans les conditions habituelles : Colette *ne dort pas*. Or, voici le tracé et le compte rendu :

Rythme alpha de 8 c/s, instable et très rare, de 30 μv. d'am-



plitude, instabilité des rythmes qui se modifient d'un moment à l'autre. Le rythme alpha survient parfois par courtes bouffées sous forme de paroxysmes de pointes. L'activité fondamentale est avant tout caractérisée par l'association de rythmes lents de 2 à 6 c/s et de rythmes rapides de 14 à 16 c/s, qui donne au tracé une allure de « sommeil » alors que la

malade ne dort pas comme le prouve un contrôle fréquent et rigoureux.



Voilà donc une malade douée d'une affectivité débordante mais restée infantile, qui subit des chocs successifs : l'examen gynécologique prit l'intensité d'un choc sexuel, les interventions chirurgicales anéantirent son désir de maternité; le monde extérieur et le cadre à la fois triste et romantique dans lequel elle vivait favorisèrent son mysticisme et son repli sur elle-même, puis vint ce transfert assez curieux sur le prêtre. Elle décrit des phénomènes d'une importance capitale : des visions préhypnagogiques, des visions du réveil, des impressions de dédoublement de la période intermédiaire accompagnées de manifestations d'autoérotisme. Sa constitution oniroïde, hyperaffective, hyperémotive s'en trouve renforcée, et, pour reprendre les termes de Gayral, « l'esprit lucide assiste impuissant à des manifestations de rêve qui aboutissent normalement à des

sentiments de dépersonnalisation ». A leur tour, ces sentiments de dépersonnalisation accroissent la propension à un état hypnoïde presque permanent, facteur de nouvelles objectivations hallucinatoires; l'existence d'un E.E.G. de sommeil à l'état de veille en est une preuve.

***

CHAPITRE V

THEORIE AFFECTIVE DES HALLUCINATIONS

« Le fou est celui qui a tout perdu excepté la raison. »

CHESTERTON.

Il nous semble que seule une théorie affective des hallucinations est capable d'utiliser en un tout cohérent les apports organodynamistes, psychanalytiques, neurobiologiques à ce problème complexe. Nous voudrions essayer de la formuler en quelques propositions étayées par une expérimentation récente.

A. - **L'hallucination est un symptôme qui se produit chaque fois que la vie émotionnelle est troublée intensément et qui n'appartient pas spécialement à des cadres morbides déterminés.**

C'est pourquoi on peut la rencontrer :

1° A L'ÉTAT NORMAL, dans certains cas d'anxiété, ou lorsqu'une baisse de niveau due à la fatigue, matérialise les désirs ou les craintes subconscientes : nous avons vu des exemples de mirage, nous citerons sans nous y attarder certains cas d'hyperendophasie.

2° DANS LES ÉTATS DE RÊVE : nous avons insisté sur la parenté entre le rêve et le délire, sur le symbolisme du rêve et son mode d'élaboration.

3° Les mélancoliques anxieux hallucinent souvent. Et si l'on vient à modifier leur état thymique, les hallucinations disparaissent ou changent : le calme apporté par l'audition de Bach apaisait l'anxiété de Schumann et ses hallucinations.

4° Les stupéfiants ne sont à l'origine d'hallucinations que par les modifications de l'état affectif qu'ils entraînent.

Le haschisch crée d'abord une exaltation de l'humeur, puis, au stade d'ivresse, une acuité de tous les sens, l'oreille est capable de percevoir des sons insaisissables, les yeux voient l'infini, le toucher devient subtil et les hallucinations n'apparaissent que lorsque l'euphorie atteint son maximum.

La mescaline donne avant tout des modifications de l'humeur, qui peuvent être les seules et n'entraîne pas toujours des phénomènes psycho-sensoriels. Tout dépend, lorsque ceux-ci apparaissent, de la tonalité affective qui les sous-tend. Le peyotl peut ne pas être la « plante qui fait les yeux émerveillés ». L'hyperthymie mescalinique revêt parfois une forme dépressive chez le sujet normal. Delay l'expérimentant sur des maniaques ou des mélancoliques, aggrava les troubles dans le sens où ils existaient déjà. Guidés par la polarisation affective, les phénomènes psycho-sensoriels symbolisent de fortes charges affectives, ineffables ou terrifiantes, suivant que l'humeur est euphorique ou dépressive.

5° Dans l'alcoolisme : Les hallucinations ne se produisent pas au cours de l'état d'ivresse avec euphorie passagère mais pendant les périodes d'éthylisme subaigu, quand s'intensifient les sentiments de faute et d'infériorité, de peur aussi, que provoque l'alcool, et à la tombée de la nuit où l'anxiété est à son maximum. Des hallucinations terrifiantes en sont la conséquence. L'excitation pathologique

ou artificielle n'agit que par l'intermédiaire des états affectifs qu'elle provoque.

6° Les schizophrènes ne sont pas tous sujets aux hallucinations : ceux dont l'affectivité est émoussée, les héboïdophrènes n'en présentent pas. Par contre, on peut trouver chez certains hébéphrènes des crises dysthymiques avec bouffées anxieuses et leur autisme s'y ajoutant, les prédispose à des phénomènes d'hyperendophasie. On en observe aussi chez les paranoides qui présentent des états dysthymiques avec agitation, perplexité, irritabilité.

7° Dans le délire de persécution type Lasègue-Falret, Séglas et Janet supposent un état mélancolique de base. Au début existe une longue période d'inquiétude et d'angoisse qu'augmentent des interprétations multiples. C'est seulement ensuite qu'éclatent les phénomènes d'automatisme mental, puis les hallucinations. L'activité psychique de ces malades reste intacte, ils sont sthéniques.

B. - **Pour que l'hallucination survienne, il faut qu'à la faveur de cette dysthymie se produise une baisse de niveau, sous l'influence de diverses causes qui peuvent elles-mêmes être de nature émotionnelle.**

L'état hallucinatoire dépend d'une dissolution qui peut être due :

1° A des troubles neuro-biologiques.

Les états oniriques hallucinatoires dépendant de la fonction du sommeil embrument la pensée rationnelle, et la distinction capitale entre l'objectif et le subjectif devient impossible. Les hallucinations hypnagogiques surviennent avant que le sujet ne tombe dans le sommeil qui lui apporte l'imagerie du rêve. Les modifications neuro-biologiques sont physiologiques, passagères et réversibles.

Réalisée par des facteurs infectieux, toxiques, neurologiques, la dissolution sera plus profonde et durable dans les états confusionnels qui effacent les limites du réel et du déréel, donnant lieu à l'onirisme pathologique.

Une dissolution plus légère et moins brutale entraînera des sentiments d'emprise et d'influence, partie intégrante de la personnalité, qui sont à l'origine de l'automatisme mental, type de Clérambault, dont ils infirment l'origine mécanique.

C'est d'une pathogénie analogue que dépendent les hallucinations des états démentiels où la dissolution est profonde, souvent aussi définitive.

La chute de niveau psychique peut être due :

2° A des troubles affectifs.

« Ferment d'erreurs » (Ey) l'affectivité a, par elle-même, un pouvoir de dissolution des fonctions du réel, de l'activité rationnelle. L'émotion est un facteur de dissolution extrêmement puissant : la peur, l'anxiété peuvent être la source d'objectivation hallucinatoire.

Les sentiments, les passions plus discrets sont pourtant tout aussi délirogènes.

L'ambivalence des sentiments, amour et haine, désir et remords, joie et peine en fait déjà une condition favorable au développement d'impressions pathologiques d'influence et de persécution, ambivalence dont Freud a montré toute l'importance. Ces pulsions affectives contradictoires sont à l'origine de croyances, et toute croyance peut être ébauche de délire, parce que toute croyance étant affective contient une charge d'irrationnel qui ne demande qu'à croître. Une fois que la croyance a pris son élan, elle englobe avec elle dans le délire tous les autres faits et le délire leur donne alors une forme hallucinatoire. Le mécanisme est encore plus manifeste et de développement plus facile si la

croyance résulte d'un état de dissolution onirique : délire post-onirique, par exemple.

Si le conflit actuel est la réactivation de conflits anciens, contre lesquels le sujet n'a réagi qu'à grand peine, un effet de sommation se produit et l'émotion devient délirogène au maximum. Elle l'est encore davantage si elle agit sur un terrain hypersensitif comme dans la « Sensitive Beziehungswahn », de KRETSCHMER. C'est « l'émotion-choc ».

C. - **Quelle que soit cette cause, les hallucinations se produisent au moment de paroxysmes affectifs.**

C'est ainsi que les hallucinations des grands mystiques coïncident avec des moments d'inspiration ou d'extase : ALVEZ GARCIA montre comment le contenu des hallucinations de Sainte Thérèse était conditionné par la tonalité de son humeur. Les visions des extatiques sont considérées par beaucoup de psychiatres même religieux et croyants comme des incidents à signification symbolique, qui marquent seulement une évolution dans leur vie. Au terme de la lutte, la vision extatique perd souvent de son intérêt pour l'intéressé à mesure qu'il s'élève vers la religiosité pure; les ravissements et les souffrances mystérieuses prennent vite fin. Elles n'étaient qu'un stade mais chez le malade, elles restent une pénible défaite qu'il ne peut pas dominer. Son échec est marqué par un enrichissement de ses hallucinations sous lesquelles transparaît, plus ou moins bien camouflé, le symbolisme érotique. Ce genre d'émotion renforce chez le malade sa tendance à la croyance délirante; qu'il soit encouragé à de telles manifestations par un entourage incompréhensif primitif aux croyances naïves, le mystique qui commence à présenter des phénomènes d'écho de la pensée, accumule les erreurs de jugement, et augmente son déséquilibre affectif. Il n'en faut pas plus pour que les pseudo-hallucinations se transforment en hallucinations vraies.

D. - **Leur richesse et leur qualité sont conditionnées par la richesse et la qualité de l'affectivité de celui qui les éprouve.**

L'étude des hallucinations expérimentales montre qu'il y a des types imaginatifs et affectifs différents : certains sont des auditifs, d'autres des visuels, le plus souvent les deux à la fois avec une prédominance de l'une ou de l'autre des tendances. C'est pourquoi la recherche du bonheur dans les toxiques est souvent illusoire : les inquiets et les mélancoliques y retrouveront souvent leurs préoccupations décuplées, dans des proportions gigantesques. Et, puisque les hallucinations dramatiques laissent plus de souvenirs que les phénomènes décoratifs et agréables, le résultat obtenu est parfois diamétralement opposé au résultat cherché. Nous avons vu la lamentable histoire de DE QUINCEY. Comme on délire et qu'on hallucine avec ce que l'on a, on conçoit sans peine la déception d'Ernest MEISSONNIER, adepte du « Club des Haschischins » devant ses hallucinations symétriques, désespérantes par leur régularité et la pauvreté de leur inspiration.

« C'était à se croire, dit-il, dans les jardins de Le Nôtre, et je me disais avec désespoir : dans cette ivresse, je n'aurai donc jamais d'imagination, toujours cette régularité, ce rythme !... Le fond de la nature se révèle, même dans l'état d'excitation artificielle. J'ai besoin en toutes choses de l'harmonie, de l'accord parfait ! » Charles LAMB, par contre, doit à la richesse de son affectivité des hallucinations qui l'enchantent, si bien qu'en 1796, il écrit à COLERIDGE :

« Il m'arrive parfois de repenser aux formes étranges prises par mon délire avec un obscur sentiment de regrets car, tant qu'il dura, j'eus des heures nombreuses de pur bonheur. N'espérez pas, COLERIDGE, avoir connu toutes les grandeurs et les déchaînements de l'imagination tant que

vous n'aurez pas été fou ! Tout me paraît maintenant insipide par comparaison ».

Erotique, inquiet, vaniteux, paranoiaque, superstitieux, Benvenuto Cellini eut des hallucinations de poison, de poignards et de trahisons, qui le terrorisaient; il ne tarda pas à se considérer comme l'exécuteur des vengeances divines et sa vie aventureuse le mena plusieurs fois en prison.

Il est certain que l'affectivité et l'imagination des artistes, des musiciens et des poètes donne à leur psychose et à leurs hallucinations une originalité et une luxuriance qui nous font regretter de ne pas pouvoir multiplier davantage les exemples de cet ordre.

E. - **Les hallucinations reproduisent les préoccupations actuelles des malades ou les conflits anciens réactivés par un conflit actuel, grâce au mécanisme de projection.**

Nous voyons intervenir ici cette notion de conflit, d'une importance considérable : quand à la faveur de la baisse de niveau, du fléchissement si l'on veut de la pensée rationnelle le déséquilibre affectif envahit le conscient et extériorise dans les hallucinations ce que le sujet s'était toute sa vie efforcé d'oublier ou de dominer, ceci suppose trois conditions :

— D'abord que le conflit n'a pas pu être liquidé pour diverses raisons. Le système nerveux peut être fragile et trop faible pour supporter un choc affectif, facteur de perturbations neuro-végétatives. Ou bien, au cours du développement psychique, a surgi un Sur-Moi « trop rigide pour s'aider ou trop faible pour s'imposer ».

— Mal liquidé, le conflit est refoulé et devient ce que les psychanalystes dénomment « complexe » c'est-à-dire

« expérience psychique de charge affective variable » (définition de Nacht). La conscience n'en conserve que l'angoisse en oubliant sa cause mais l'énergie affective que le complexe emprisonne cherche toujours à se décharger.

— Un traumatisme affectif nouveau mais du même ordre que le ou les premiers aura pour effet immédiat de renouveler les conditions initiales, de placer le sujet en face de la même situation traumatisante, d'actualiser le conflit, soit que le choc soit identique, soit que, banal, il mette tout de même en jeu des mécanismes identiques aux précédents. Il agit alors en rompant les défenses de l'organisme, en créant cette baisse de niveau.

Même si la baisse de niveau n'a rien à voir avec un conflit affectif, si elle est due à des causes organiques par exemple, la floraison des symptômes psychiatriques, elle, (phénomènes positifs) représente l'irruption dans la conscience de la personnalité affective profonde du sujet.

Il faut bien dire que tous les sujets soumis à des traumatismes affectifs graves ne font pas une psychose et n'hallucinent pas, heureusement. Freud lui-même reconnaît la nécessité d'une prédisposition sur la nature de laquelle il ne se prononce pas, mais qu'il croit être neurohormonale.

En définitive, pour les analystes : « L'hallucination vient du fait qu'un complexe affectif se voit refuser par la censure l'accès à la conscience, et quand l'excitation, prenant le chemin du refoulement, réexcite le matériel des complexes mis en réserve dans la mémoire, elle le rend conscient sous forme de perceptions ». de Férenczi.

En face d'un conflit et des tendances affectivo-instinctives qu'il suscite et qu'elle réprouve, la conscience peut agir de diverses manières.

— La répression : elle les réduit simplement à l'impuissance.

— Le refoulement : elle les expulse, mais c'est ce que

nous venons de voir, ne réussit pas à les chasser et si l'expérience psychique disparaît du champ de la conscience, elle reste chargée d'un potentiel affectif qui ne demandera qu'à se manifester à la première occasion.

— La scotomisation : la conscience ignore non seulement le retentissement affectif du conflit, mais encore l'objet ou le fait qui l'a suscité.

— Enfin, l'objectivation intentionnelle : en face des tendances réprouvées, la conscience refuse l'appartenance au Moi et les projette à l'extérieur souvent en les transformant en leur contraire : par exemple un désir érotique vis-à-vis d'un « objet » devient une persécution haineuse de sa part, dirigée contre le « sujet ».

Refoulement et objectivation intentionnelle sont les deux principaux mécanismes affectifs profonds qui créent l'hallucination. Il est bien entendu que cette explication affective vise pour le moment, non pas la cause, mais le contenu de ces phénomènes.

J.-M. Hill décrit quatre mécanismes de projection hallucinatoire : celles-ci peuvent extérioriser :

— Des préoccupations « endopsychiques » : l'hallucination donne une description précise d'une partie de la vie psychique du sujet telle qu'elle était au moment où l'hallucination se produit. Le sujet accepte le contenu hallucinatoire : par exemple, l'hyperendophasie, certaines visions hypnagogiques.

— L'accomplissement hallucinatoire d'un désir : les hallucinations de cet ordre amènent à la conscience des désirs refoulés dont le comblement est présenté de telle façon qu'ils ont la valeur de la réalité : ce sont les rêveries de type infantile, et on peut en trouver de cet ordre, quoique assez rarement, dans les psychoses : comblement de désirs sexuels, homosexuels, ou de désirs agressifs contre un parent.

— La projection par autodéfense de sentiments que leur auteur réprouve. Il a, par exemple, une haine tenace, mais qu'il ne veut pas admettre, contre quelqu'un qu'il devrait aimer ou qu'il aime consciemment. Il déplace la source de la haine, la projette à l'extérieur et en fait : l'autre me déteste, me veut du mal, me persécute, me menace...

— Il y en a de plus complexes: une femme aime un homme que la morale lui défend d'aimer, elle refoule son désir et le change en son contraire, la haine. Elle projette cette haine à l'extérieur sous forme hallucinatoire en utilisant le mécanisme précédent : « Je l'aime », devenu « Je le hais », devient maintenant « Il me déteste ».

C'est ce mécanisme d'autodéfense qui est le plus fréquent. Il est vraiment facile de le vérifier cliniquement. Processus de défense, les hallucinations de cet ordre expriment une réaction à :

Un sentiment d'infériorité : ce sont les voix louangeuses, isolées parfois, mais plus souvent des voix qui viennent par la suite répondre aux accusations des voix agressives.

Un sentiment de culpabilité : voix accusatrices avec promesses de punitions ou bien hallucinations dépressives de la conscience qui accuse.

Hesnard admet ce mécanisme mais le corrige en étendant démesurément la portée des conduites morbides de signification éthique. Nous en avons parlé plusieurs fois, mais nous devons en redire un mot à propos de ces interprétations de M. Hill. L'analyse doit, en effet, être la recherche des conflits successifs du sujet qu'il a mal résolus, d'où des tendances à l'échec, de plus en plus graves, jusqu'au jour où un dernier conflit, réactivant tous les autres, plonge le malade dans son univers délirant dont il ne peut plus sortir désormais. Jusque-là Hesnard est classique; il ne l'est plus lorsqu'il fait de tous les conflits des problèmes

de valeur personnelle singulière et lorsqu'il refuse le concept adlérien de puissance : la sexualité intervient pour lui chez ces malades par sa signification éthique avant de le faire par sa signification affective de plaisir. Le délire hallucinatoire exprimerait la tentative de surmonter les contradictions vitales et les conflits de valeur morale dans un univers morbide. Dans cet univers morbide, le sujet se crée une morale à lui, son angoisse de faute s'atténue, la valeur personnelle d'intégrité morale revient, et la mauvaise conscience devient persécutions expiatoires de la faute.

Les conflits familiaux et les conflits sociaux avec leurs déceptions et les angoisses de faute qu'il créent prennent toute leur signification dans l'univers délirant.

C'est pourquoi Milam Hill propose la classification dynamiste suivante du contenu des hallucinations :

1er *groupe :* défense hallucinatoire contre un sentiment d'infériorité ou de culpabilité, sous forme de projection de conscience qui accuse ou menace.

Admiration de soi-même avec projection d'un Moi approbateur, des voies amies d'intérêt impersonnel, ou endossant la responsabilité de la faute.

2e *groupe* : perceptions endopsychiques.

3e *groupe :* satisfaction hallucinatoire d'un désir franc (érotique, hostile, incestueux) ou déguisé comme dans les hallucinations hypnagogiques proches parfois des contes de fées.

4e *groupe :* indéterminé.

Tandis que Henri Ey propose la classification dynamiste suivante de leur cause :

1er *groupe :* états hallucinatoires de type onirique ou psycholeptique.

2e *groupe :* états hallucinatoires et pseudo-hallucinatoires liés à des états émotionnels de type anxieux à conditionnement biologique évident, dont la Mélancolie est le type.

3e *groupe :* états hallucinatoires et pseudo-hallucinatoires qui ne représentent qu'une attitude d'objectivation consécutive à des états délirants de type onirique ou de dissociations.

4e *groupe :* représente une attitude d'objectivation à conditionnement psychogénétique par un mécanisme de type généralement freudien ou adlérien. Le type en est le syndrome d'action extérieure de Claude.

A la lumière de ce qui précède, il est assez satisfaisant d'assigner :

F. - **Un rôle à l'hallucination, de nature affective : l'auto-défense du sujet contre le déséquilibre de son affectivité elle-même.**

L'hallucination plonge donc le sujet dans un monde où il peut revaloriser sa personne, où il détache de lui sa culpabilité et projette ses problèmes à l'extérieur. L'immoralité de « l'autre » n'a rien à voir avec sa pureté à lui.

Hesnard considère que l'hallucination a pour but d'apaiser le sujet en l'aidant à se construire un monde « de culpabilité non vécue ».

De Greef et Abély, plus tard, pensent plus généralement que c'est une autodéfense contre le malaise affectif, l'objectivation de l'anxiété dans le but d'extérioriser ce malaise et de l'apaiser en lui attribuant une responsabilité extérieure, en lui donnant une « forme » qui se substitue à un inconnu absolu : elles sont nombreuses les observations cliniques dans lesquelles une anxiété croissante entraîne le délire, puis les hallucinations, puis l'anxiété diminue, le délire

avec elle, les hallucinations disparaissent et le calme revient. Pour Freud, le but de l'hallucination est une recherche inconsciente de l'équilibre affectif.

C. - **Dans l'hallucination, la croyance délirante est un fait essentiel et purement affectif.**

Le phénomène hallucinatoire s'impose au sujet longuement préparé par un malaise affectif avec l'évidence d'une « expérience vécue » (Erlebnis) : « donnée immédiate de la conscience » disent les philosophes, la croyance délirante donne sa solidité au délire et leur valeur aux hallucinations. Courbon, suivant la forme de la croyance, distingue :

Un premier groupe : les malades qui ont une croyance logique en présence de l'objet avec, pour type, les oniriques, qui, parce qu'ils les ont vues et entendues, croient à la présence de leurs persécuteurs.

Un deuxième groupe : les malades qui ont une croyance mystique en présence de l'objet. De ceux-ci, Ey dira que « ces croyances délirantes portent en elles une attitude d'objectivation foncière » : ce sont celles qui confondent au maximum le sujet et l'objet. Baruk dira qu'ils ont perdu la fonction « de contention de la pensée intérieure ». Cette croyance est celle des primitifs, procède aux identifications de la pensée prélogique d'après les caractères magiques des objets, au sens de Lévy-Brühl. C'est parce qu'ils ont subi « l'emprise » des persécuteurs que ces influencés croient à leur présence.

Enfin un troisième groupe : les malades à comportement hallucinatoire qui ne croient pas à la présence de l'objet mais s'en font une représentation dramatisée, car ils sont doués d'un tempérament imaginatif qui leur faisait, à l'état normal, animer leur pensée, revivre et revoir leurs

souvenirs sous forme d'images éidétiques. Le plus bel exemple en est notre malade, Colette P... (obs. 5).

H. - **Nous rappellerons la loi d'auto-enrichissement des hallucinations dont nous avons fait un chapitre à part tellement elle nous semblait importante.**

Une fois les hallucinations déclenchées sur le malaise affectif, créées par le délire, elles accroissent le trouble de l'affectivité en donnant au malade une impression d'angoisse devant leur caractère anormal. Cette angoisse nouvelle augmente le délire, les hallucinations s'étendent et se multiplient. Pourtant, le monde délirant est souvent, sans qu'il s'en doute, une refuge pour le malade contre les interdictions du monde réel.

Freud disait que le rêve avait pour but de sauvegarder le sommeil. Nous avons vu aussi que rêve et délire étaient intimement liés.

Pourquoi ne pas admettre que l'hallucination a pour but de sauvegarder le délire en donnant au malade une preuve tangible de sa réalité ?

Henri Ey définit, en effet, le délire comme « l'ensemble des sentiments et des croyances dont les phénomènes psychomoteurs verbaux ne sont que le reflet ».

Un dernier argument, enfin, en faveur de cette théorie affective :

I. - **L'existence des hallucinations ne laisse jamais le sujet indifférent, sans quoi elles s'éteindraient d'elles-mêmes. C'est d'ailleurs un corollaire de la proposition précédente.**

Certaines trouvent un spectateur mi-étonné, mi-amusé : ce sont les hallucinations lilliputiennes de Leroy, ces petits bonshommes qui dansent sur le lit du malade et jouent

parfois de véritables scènes, le transportant au pays de Gulliver, au pays des trolls d'Andersen ou des korrigans bretons. Comment ne pas rapprocher des contes de fées des phénomènes aussi curieux ?

Bien plus souvent les productions hallucinatoires sont, par leur présence et par leur contenu, un nouveau facteur de malaise et d'angoisse : l'auto-observation de Clifford Beers est significative : « A mind that found itself ». Accueillant avec terreur ses hallucinations, il se croit dans une prison, puni pour un crime affreux qu'il ne connaît pas, et attend dans l'angoisse le supplice prochain.

Lorsque les visions s'agrandissent, la position du sujet vis-à-vis d'elles n'est plus celle qu'il avait devant les visions microscopiques : les rôles sont renversés. Ecrasé, dominé par elles, il se sent bientôt terrassé par l'angoisse et nous ne pouvons nous empêcher d'évoquer le mythe primitif du géant, si souvent trouvé dans le thème des contes et dans le folklore, depuis Fafner et Fasolt au Walhalla jusqu'à l'ogre du Petit Poucet.

J. - **La théorie affective des hallucinations peut être étayée sur des preuves expérimentales ou des preuves psychologiques ayant valeur d'expériences.**

Elles tendent à prouver que les phénomènes qui agissent sur l'affectivité retentissent d'une façon identique sur les hallucinations.

1° Les expériences d'excitation du cortex. Nous les rappelons :

Tandis que Cushing montre la rareté des hallucinations visuelles des malades atteints de tumeurs occipitales, Förster montre que la stimulation de l'aire 17 de Brodmann fait apparaître des petites lumières immobiles; l'aire 18 donne des perceptions visuelles élémentaires colorées.

L'aire 19, des visions riches et mobiles. Mais dans aucun cas elles ne sont sous-tendues par un délire.

Si le « dreamy state » est l'apanage des tumeurs temporales, il faut bien considérer qu'il y a à la base de ces états de rêve une baisse de niveau psychique, mais que la personnalité du sujet intervient dans le contenu de l'imagerie d'une façon plus ou moins évidente.

En général, enfin, les hallucinations des auras épileptiques sont élémentaires et pauvres en images.

2° Les modifications de la circulation cérébrale influencent l'affectivité et, par son intermédiaire, les hallucinations.

Nous avons vu, dans le chapitre I, le rôle qu'Abély faisait jouer aux facteurs vasculaires et endocriniens dans les états affectifs. Il a pu, chez des hallucinés, en modifiant la circulation cérébrale, influencer l'état affectif et agir sur les hallucinations : donnant de la Thyroxine à une malade, Abély constate l'explosion de phénomènes d'écho de la pensée, avec ensuite des hallucinations auditives vraies accompagnés d'un gros élément affectif, et aussi d'hypertension artérielle. Il emploie, pour qualifier ces hallucinations, le terme de « mirage affectif ».

Dans une observation très curieuse, Chatagnon étudie les réactions du système végétatif neuro-vasculaire au cours de l'évolution d'un délire hallucinatoire chronique, avec prises régulières de la tension artérielle et enregistrements répétés de l'électrocardiogramme : il note, coïncidant avec chacun des paroxysmes hallucinatoires, une poussée hypertensive, et une tachycardie sans trouble sensible du tracé.

Schatzmann, dans son livre sur les rêves et les hallucinations, note, sans en tirer de conclusions, qu'il n'a des visions hypnagogiques que depuis qu'il est hypertendu artériel.

Chatagnon, encore, publie un cas de « psychose hallucinatoire de la ménopause avec bouffée hypertensive » : c'est une malade de 45 ans sans antécédents mentaux mais hyperémotive qui fait un délire de persécution avec automatisme mental puis syndrome polyhallucinatoire très riche. Or cette psychose a été précédée par une phase de troubles de l'humeur (inquiétude, douleur morale, ruminations tristes), et déclenchée par un choc émotionnel. Elle coïncide avec la ménopause et s'accompagne d'un cortège de troubles neurovégétatifs et circulatoires dont une hypertension à 22-13 est le plus important. Repos, régime, diurétiques font disparaître le syndrome mental et l'hypertension en même temps.

Baruk et Racine rapportent le cas d'un malade de 67 ans qui présentait de gros troubles circulatoires dont l'origine était une atteinte grave de la conductibilité myocardique. L'aggravation de l'état cardiovasculaire coïncidait avec des épisodes dépressifs périodiques chez ce malade indemne de passé mental, accompagnés d'automatisme mental type De Clérambault, avec hallucinations surtout psychiques et voix intérieures accusatrices. Les idées d'indignité exprimées par les hallucinations conduisaient à des désirs de mort. Il y avait une relation évidente entre l'état cardiaque, d'une part, les troubles de l'humeur, d'autre part, qui en un second temps conditionnèrent les phénomènes psychosensoriels.

C'est certainement aussi par l'intermédiaire de modifications de la circulation cérébrale qu'agit la novocaïne intraveineuse : en 1946, Chatagnon et Torris essayèrent des injections intraveineuses quotidiennes de 20 cc. de novocaïne poursuivies vingt jours chez des anxieux, des déséquilibrés de l'affectivité, et dans des cas de psychose hallucinatoire chronique. Ils supposaient que ce produit agirait directement sur les ganglions de relais et les analyseurs corticaux de même que sur les terminaisons sensibles des

vaisseaux. Ils constatèrent une baisse de l'intensité des hallucinations parfois pendant quelques heures mais jamais durable. Il est probable que, désintégrée avant d'atteindre les zones cérébrales, la novocaïne ne peut pas agir à trop grande distance du point d'injection. Les auteurs ne s'expliquent pas très bien son mode d'action. Or Leriche a montré que la novocaïne créait une vasodilatation par blocage des filets sympathiques. Ne pouvons-nous pas supposer que cette vaso-dilatation entraîne secondairement un ralentissement de la circulation cérébrale, donc une relative hypotension qui, agissant sur le tonus affectif et en particulier l'anxiété, apporte par ce moyen une sédation passagère des phénomènes hallucinatoires ? Ce n'est qu'une hypothèse. Quoiqu'il en soit cette action sédative de la novocaïne a été vérifiée par d'autres auteurs; elle est intéressante au point de vue expérimental, malheureusement elle est trop fugace pour avoir une grande utilité pratique.

3° Les intoxications expérimentales.

La spécificité des hallucinations suivant le toxique semblerait démentir la théorie affective des hallucinations. En réalité (nous en avons cité des exemples plusieurs fois) on y retrouve toujours la personnalité profonde du sujet. En second lieu, les hallucinations n'apparaissent jamais d'emblée; il survient d'abord une modification de l'état thymique, une orientation spéciale de l'affectivité, il arrive même que les perturbations n'aillent pas plus loin et que tout se borne à des troubles de l'humeur. De son auto-observation d'intoxication mescalinique, Morselli conclut que « la richesse des troubles du schéma corporel, et des synesthésies, la tendance fondamentale au symbolisme, à l'immédiate métamorphose symbolique des valeurs psychologiques suivent un processus assez semblable à celui de la création artistique et du rêve ».

Delay a particulièrement étudié l'intoxication mescalinique expérimentale : dès le début, pendant la période latente, on assiste à des manifestations neurovégétatives, en général, premières en date, et suivies de troubles de l'humeur ; le tonus neurovégétatif est variable, mais avec une prédominance vagotonique. Les manifestations hyperthymiques sont en relation avec la qualité de l'humeur antérieure du sujet, son degré de syntonie. Habituellement, de type maniaque, plus rarement dépressives. La rêverie qui prend corps fait vivre le sujet, surtout s'il est névrosé, dans des états oniroïdes qui engagent toute sa personnalité; lorsqu'il est anxieux, les phantasmes dont il est le jouet suivent les bouffées d'anxiété qui obéissent elles-mêmes au rythme des bouffées neuro-végétatives. Le fait que les préoccupations du malade prennent corps pendant ces paroxysmes est tellement connu, que certaines tribus indiennes, avant la prise rituelle de la drogue, se soumettent à une confession générale et publique. Puis surviennent les hallucinations, d'abord visuelles, qui se compliquent à partir d'images élémentaires, et suivant une loi d'autoenrichissement s'adjoignent des phénomènes cénesthésiques et des hallucinations auditives. Quel que soit le niveau de la désintégration, le cours de la pensée est guidé par la polarisation affective et représente symboliquement toutes les opérations intellectuelles; le sujet est anormalement sensible à l'ambiance et sa pensée devient alogique; l'ambivalence affective, l'alogisme, le symbolisme, la fabulation la ramènent au plan de la pensée primitive. Les hallucinations « concrétisent des lourdes charges affectives », de plus en plus importantes à mesure que la désintégration de l'activité psychique augmente. C'est un rêve vécu par le sujet intensément; par la suite, il ne se souviendra que des fragments portant justement la plus lourde charge affective. Delay conclut à l'intérêt des techniques

analytiques dans leur interprétation; malheureusement, les souvenirs post-oniriques restent fragmentaires.

Décrivant deux cas de délires chloraliques, DE CLÉRAMBAULT note que ce fut l'onirisme le plus émouvant qui laissa le souvenir le plus net, la plupart des hallucinations laissant le malade indifférent parce qu'il était hypothymique.

La succession chronologique de faits hallucinatoires d'essence différente est particulièrement nette dans l'intoxication chloralique.

— La première phase est de type « illusionnel » : images pauvres, sans rapports avec la pensée actuelle du sujet, se produisant « à la lumière ».

— Deuxième phase : images fantasmagoriques, mobiles, inquiétantes, coïncidant avec l'anxiété du sujet : hallucinations de structure affective se produisant « à l'obscurité ».

— La troisième phase est faite d'images vagues, de « données plutôt pensées que vues », en rapport avec l'onirisme dû au sommeil plus ou moins total, témoin maintenant d'une « baisse de niveau » globale.

4° LA DISTINCTION QUE FAIT ABÉLY ENTRE DEUX GRANDS TYPES PSYCHOLOGIQUES, RÉPOND A UNE PRÉDISPOSITION DÉLIROGÈNE SPECIALE.

Il décrit :

Un premier type, celui de l'intellectuel pur, hypersthénique, peu affectif, et qui ne sublime pas ses instincts. Il en aura les pulsions puissantes, l'hypersexualité exigeante et l'hyperactivité physique et psychique. « Hypercortical très intelligent, mais privé en grande partie de pensée affective ».

A lui s'oppose le second type : l'affectif. Torturé par ses

pulsions élémentaires, dominé par son affectivité, il tendra vers l'introspection et l'anxiété. Ses instincts sont plus affinés, il est plus amoureux qu'érotique. La pensée affective domine l'humeur instinctive et la contrôle.

La femme répond en général à ce second type et c'est justement chez elle qu'on rencontre le plus de délires hallucinatoires chroniques.

Abély voudrait établir une correspondance endocrinienne aux facteurs psychologiques, mais là il nous semble manquer de preuves scientifiques : il fait de l'intellectuel un « acidophile hypophysaire », et de l'affectif un « basophile hypophysaire » qui commande la sécrétion d'hormones hypertensives, hyperémiantes du cortex par l'intermédiaire d'une excitation vasodilatatrice diencéphalique ».

Il est tout à fait satisfaisant, par contre, et maintenant bien contrôlé par l'expérience, d'admettre que le complexe hypophysothalamique réalise, surtout en influençant l'irrigation du cortex, l'harmonie entre l'humeur instinctive et la pensée affective. Dès qu'une dysharmonie se produit, nous dirons une baisse de niveau, l'anxiété et les perturbations d'ordre thymique surviennent et constituent la toile de fond des névroses et des psychoses.

5° Une observation curieuse publiée par Daumézon montre comment UN PHÉNOMÈNE DE CROYANCE, DONC ESSENTIELLEMENT AFFECTIF, A PU ARRÊTER LES HALLUCINATIONS.

Il s'agissait d'un malade amputé qui présentait un délire d'influence avec hallucinations, à thème de persécution, et des phénomènes d'écriture automatique au niveau de la main fantôme. Les hallucinations disparaissaient lorsqu'une ceinture élastique était placée sur le bras ou autour de la tête du sujet.

Ici, un phénomène de croyance arrêtait l'hallucination, ce qui prouve bien, dit Daumézon, que le phénomène n'est

pas réductible à une simple excitation mécanique d'un territoire cortical moteur ou sensitif. Il pense que la localisation des hallucinations se faisait au bras amputé parce que ce bras était devenu un « organe inférieur » au sens d'Adler.

6° Les résultats de la psychochirurgie plaident en faveur de notre théorie.

Il est bien reconnu que la lobotomie pré-frontale calme l'anxiété non pas en agissant directement sur l'affectivité mais en diminuant « la faculté de prévoir », c'est-à-dire en contrôlant « la part intellectuelle de la pensée affective », dit Abély, en altérant la synthèse de la personnalité, dit Hesnard.

Exposant les résultats obtenus en Hongrie, Orthmayr conclut à l'évolution favorable des syndromes à prédominance affective. Dans les psychoses avec hallucinations, peu en ont été délivrés; on note surtout une « baisse de la tension affective et de la sensation de réalité » qui fait que le malade les perçoit toujours mais en est bien moins affecté. L'étude des tests de projection du Rorschach en particulier, avant et après psychochirurgie a montré à Mme Jakab que l'affectivité restait inchangée, mais n'atteignait plus le même degré de déséquilibre morbide.

Les conclusions de Freemann et Watts exposées au Congrès international de Paris en septembre 1950 sont d'un grand intérêt pour nous : ils attribuent l'action de la lobotomie à une interruption des connexions diencéphalofrontales suivie de l'atrophie rétrograde du noyau médial thalamique. Les hallucinations et les délires ne s'améliorent pas en soi, mais leur tonalité affective semble atténuée ou mieux, leur « ralliement à la personnalité idéoaffective ». La leucotomie n'agit donc qu'indirectement sur l'affectivité; c'est pourquoi elle ne supprime ni les délires ni les hallucinations.

7° L'action sur les hallucinations des thérapeutiques de choc.

La théorie de Delay l'explique en partie : l'électro-choc a d'abord une action thymique (il régularise le tonus affectif de base régi par la vie instinctive) secondairement en général, une action noétique intimement liée à la fonction hypnique.

Il faut faire appel pour la comprendre à la théorie de la dissolution-reconstruction du Professeur Delmas-Marsalet : « Succession rapide de deux phases de démolition puis de reconstruction psychique, séparées par une mise au zéro de ces fonctions représentée par le coma ou le profond sommeil ». Elle admet la notion jacksonienne de baisse de niveau et de dissolution des fonctions, notion dont l'observation suivante montre toute la valeur : c'est celle d'un sujet atteint de sinusite maxillaire très douloureuse qui est traité depuis plusieurs jours par des attouchements des cornets avec un solution de cocaïne. A la suite d'une injection de morphine-scopolamine, il éprouve une tendance au sommeil et assiste à un défilé d'images qui devient, à la faveur de l'obscurité, d'une richesse extraordinaire, et cesse à la lumière. Etat d'hallucinose dû à la cocaïne et éclos sous l'influence de la baisse de niveau due, elle, à l'injection de morphine scopolamine. Or, ce sujet n'avait jamais présenté d'hallucinations les jours précédents, malgré les cocaïnisations, et d'autre part, tandis qu'il est encore sous l'influence de l'injection, une nouvelle cocaïnisation nasale, fait redoubler le défilé d'images. C'est là un fait véritablement expérimental qui montre bien que le toxique ne donne d'hallucinations qu'à la faveur d'une dissolution uniforme qui s'y surajoute.

Mais, à côté des phénomènes négatifs dus aux liaisons psychiques perdues, des phénomènes positifs relevant de l'organisation nouvelle de ce qui reste intact, la théorie

de la dissolution-reconstruction laisse place à la possibilité de liaisons anormales, liaisons fonctionnelles selon des voies nouvelles; ce sont les « nouveaux frayages » de DE CLÉRAMBAULT, les « dysharmonies » d'ABÉLY. Les hallucinations des délires hallucinatoires chroniques anciens, très bien organisés ne s'améliorent en général pas, car il existe probablement un processus lésionnel déjà devenu irréversible et le facteur affectif est passé au deuxième plan; le délire est profondément inclus dans la personnalité du sujet. Par contre dans les cas précédés d'automatisme mental, les thérapeutiques de chocs agissent mieux et font disparaître les hallucinations avant le délire. Là où les chocs agissent le plus nettement c'est lorsqu'une base affective ou dysthymique importante sous-tend les phénomènes hallucinatoires, et encore plus quand la cause déclenchant le délire est elle-même affective : psychoses réactionnelles, psychose de relation des sensitifs... Henri EY conseille aussi dans ces cas la convulsivothérapie pour « mobiliser le niveau de la conscience ».

8° L'ÉTUDE DU RÉFLEXE PSYCHOGALVANIQUE et une méthode nouvelle particulièrement intéressante d'exploration de l'affectivité.

Elle est, dit AGADJANIAN la réponse du système neuro-végétatif qui commande la vie affective et les fonctions perceptivo-associatives, aux facteurs de l'affectivité. Un peu plus tard, en 1948, COPELMAN et STANESCO l'étudient à Lausanne.

A Bordeaux, J. FAURE met au point une méthode d'enregistrement qui supprime les erreurs techniques et rend les résultats obtenus utilisables; il l'applique en particulier à l'étude de l'affectivité au cours des psychoses et des paroxysmes hallucinatoires.

Voici un aperçu de la technique : la mesure de la résistance électrique de la peau (RP) est obtenu à l'aide d'un

dispositif électronique où deux tubes à vide, précédés d'un étage amplificateur, sont montés en pont de Wheastone. La sensibilité est telle, qu'à partir d'une pile de 1,5 volt, on peut mesurer des résistances de 0 à 20 mégohms. D'autre part, l'inscription des variations brusques de la résistance cutanée (RPG) est possible grâce à un tube amplificateur, qui fait suite au galvanomètre et attaque un tube indicateur cathodique. Les variations de secteurs lumineux produisent des variations de tension aux bornes d'une cellule photo-électrique à couche d'arrêt placée devant l'écran du tube cathodique. Enfin, la cellule photo-électrique attaque l'une des chaînes de l'E.E.G. Des électrodes impolarisables d'argent chloruré sont disposées ainsi : l'active dans la paume de la main et l'indifférente sur le lobule de l'oreille frotté de gelée électrolytique.

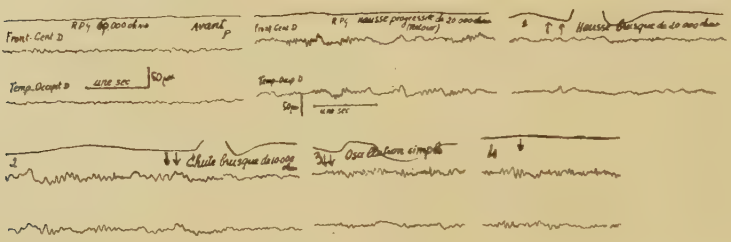
Ce dispositif permit de voir qu'il existait des variations concomitantes de la résistance électrique de la peau et de l'activité électrique du cerveau, au cours de stimulations émotionnelles, de stimulations sensorielles, du sommeil provoqué, et de manifestations végétatives; en particulier la résistance de la peau s'élevait au cours de la narcose et il y avait des modifications marquées de cette RP et de l'E.E.G. (belles bouffées alpha ou blocage) tandis que le sujet exposait ses préoccupations intimes. L'étude de l'E.E.G. et de la RP sous narcose fut complétée par la stimulation lumineuse intermittente et la présentation des planches du Rorschach et du TAT au cours de la prise des tracés.

Nous avons pratiqué ces épreuves chez Colette P... (Obs. V). En voici les résultats.

Nous rappelons que Colette P... ne devenait réticente ou agressive que lorsque nous abordions l'histoire de sa liaison avec un jeune homme rencontré lors des vacances au bord de la mer; liaison qui avait entraîné un fort sentiment de

culpabilité vis-à-vis du prêtre sur lequel Colette faisait un incontestable transfert.

Réticente et fermée, la malade protestait du manque d'intérêt de cette histoire et refusait de répondre. Nous avons donc orienté la narcoanalyse dans cette direction. Voici les tracés obtenus :



Premier cliché : En haut, à gauche : tracé de Colette P... avant la narcose : rythme rapide de basse amplitude. Tracé du type III de la classification EEGique des anxieux de J. Faure. La résistance de la peau est très élevée : 65.000 ohms. Nous avons affaire à une névrosée.

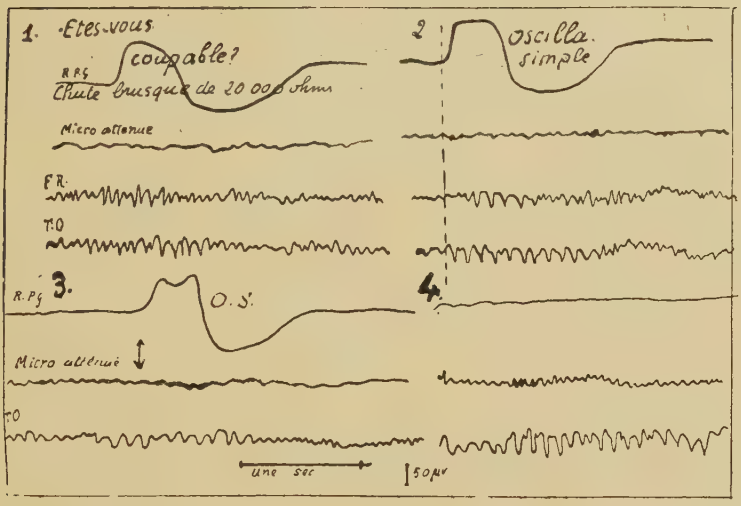
Fragment médian supérieur : montre la phase 3 de plein sommeil réalisant le type II de cette phase. La résistance de la peau est revenue à son taux de départ.

En haut, à droite : appel de la malade par son nom en se mettant près d'elle : en 1 l'appel entraîne un RPG avec passage de la RP à un taux supérieur de 20.000 ohms au taux précédant le RPG. Dans l'EEG on ne note pas de modifications.

En 2, après le RPG, la RP a diminué de 10.000 ohms. Le RPG a eu lieu pour un nouvel appel du nom fait vingt secondes après le précédent appel. L'EEG ne montre pas de modifications bien nettes, bien qu'une bouffée d'oscillations rapide survienne après l'appel. Il est possible que dans ce moment nous nous trouvions lors d'une période réfractaire.

En 3, vingt secondes plus tard, un nouvel appel entraîne un RPG mais cette fois le taux de la RP ne change pas et l'EEG ne se modifie pas.

Un quatrième appel, en 4, fait toujours vingt secondes après le précédent, n'entraîne plus de RPG et l'EEG ne présente pas de modifications valables.



Le second tracé est pris pendant la narcoanalyse, à la phase de libération des complexes.

1. On lui demande si elle se sent coupable : le mot « coupable » entraîne une bouffée alpha, un RPG ample, suivi d'une chute de la RP.

2. Elle parle et se défend d'être une « amoureuse de prêtre ». Tandis qu'elle prononce ces mots : bouffée alpha et réflexe psycho-galvanique sans modification de la RP.

3. Elle parle de « persécutions diaboliques ». A ce moment précis, bouffée alpha et réflexe psycho-galvanique en retard de un tiers de seconde environ sur le début de la bouffée, sans modifications de la résistance de la peau.

4. Elle prononce les mêmes mots, une minute plus tard : bouffée alpha contemporaine sans modifications de la résistance.

On considère ici comme « Réflexe psycho-galvanique » la dénivellation diphasique ou même triphasique tout entière (Tarchanoff) et non pas seulement l'onde inférieure positive (au-dessous de la ligne de base) qui ne serait que la réponse sympathique au processus psychologique.

La libération de la pensée affective, obtenue sous narcose, pourrait donc être sous-tendue par un état bio-électrique cérébral et un état végétatif particuliers.

⁂

CHAPITRE VI.

CLASSIFICATION DES HALLUCINATIONS

Une distinction essentielle doit être faite entre les hallucinations liées au langage intérieur, et les hallucinations liées aux dissolutions oniriques.

Les premières sont en elles-mêmes un délire, Séglas l'avait déjà montré; elles trahissent un trouble profond de la personnalité qu'une simple baisse de niveau ne suffit pas à créer, à laquelle s'ajoute une dysharmonie des fonctions psychiques, voire une désagrégation. Elles constituent un trouble de l'unité du Moi. « Les actes du langage sont en eux-mêmes corrects mais seulement dévalorisés ou mal valorisés par un trouble plus général qui est le délire. » (Ey). Ce sont deux mondes hallucinatoires qui s'opposent, — conclut aussi Minkowski. — Les hallucinations visuelles, par contre, relèvent de processus de dissolution uniforme du psychisme sans qu'il y ait un trouble profond et définitif de la personnalité du sujet; nous avons déjà insisté sur le passage insensible du rêve aux phénomènes hypnagogiques et aux hallucinations visuelles. Les antihypniques qui les font souvent disparaître (Delmas-Marsalet) n'ont aucune influence sur les hallucinations auditives. Beaucoup plus que le Moi dans son intégrité, elles intéressent les relations du Moi avec le monde extérieur.

Une classification basée sur une distinction entre les

hallucinations physiologiques et les hallucinations pathologiques ne répondrait nullement à la réalité : dans chacune des deux catégories que nous avons tenté de séparer, on passe par transitions insensibles du normal au pathologique. Bernheim et bien d'autres ont montré que, seules les causes qui les provoquent établissent la différence entre les deux. Les premières sont dynamiques, passagères et conditionnées par un trouble de l'équilibre psychique spontanément réversible. Les secondes sont de même nature, mais durables, et persistent autant que dure l'évolution morbide. Elles sont à l'hallucination physiologique ce que le délire est au rêve.

A. - Les hallucinations, troubles du langage intérieur, troubles de l'intégrité du Moi.

Les hallucinations auditives ne peuvent pas être comprises comme l'extériorisation de l'image des mots, mais comme un trouble beaucoup plus complexe portant sur le langage en général, fonction dynamique, « tout ensemble pensée et mouvement, création continue » (Bergson). Comme le dit Goldstein : « Le langage est un processus de premier plan qui se projette sur le processus d'arrière-plan, représenté par le reste du psychisme, ou bien encore une véritable figure en avant d'une toile de fond ».

La zone auditive est en rapport avec la fonction du langage, d'acquisition plus récente que la vision ou l'odorat. Son caractère récent lui donne une fragilité plus grande et fait qu'elle est la première libérée, bien avant les fonctions sensorielles plus simples. La chute de niveau n'aura même pas besoin d'être aussi profonde s'il y a atteinte concomitante de l'appareil de l'audition.

L'étude des différents processus qui entrent dans ce cadre, nous permettront de passer insensiblement du normal au paranormal et au franchement morbide.

1° L'ECHO NORMAL DU LANGAGE INTÉRIEUR :

MOREL a analysé le mécanisme de la lecture : la compréhension des textes écrits n'est possible que si un écho invisible, inexplicable et presque inaudible répète, et même devance, ceci est très important, la lecture des yeux. Voix souvent lointaine, plus ou moins sonore mais qui peut, favorisée par la fatigue, prendre un tel éclat qu'elle en devient insupportable. Seul, cet écho permet de goûter le rythme et la poésie d'un texte.

L'écho de la pensée en est proche. Dans des conditions de haute tension psychologique, nous entendons notre pensée, et nos lèvres peuvent automatiquement articuler les mots que nous prononçons en nous-mêmes. La fatigue favorise ce phénomène.

Nous les rapportons toutefois à notre propre Moi, car l'homme normal a le sentiment de son unité. Mais la fonction du langage étant celle qui possède au maximum le caractère objectivant, c'est aussi celle qui aura la tendance la plus nette à échapper au contrôle de la personnalité, synthèse dynamique.

2° LES HALLUCINATIONS PSYCHOMOTRICES VERBALES, décrites par Séglas, nous font entrer dans le domaine de la pensée morbide.

Elles sont contenues en puissance dans les expressions du langage courant utilisant les verbes réfléchis « je me dis, je me demande », qui nous font nous penser nous-mêmes à la fois en tant que sujet et objet. Elles sont sous-tendues par une attitude motrice et en continuité avec notre pensée et notre personnalité tout entière.

Avec EY, on peut les classer en :

— *Phénomènes qui apparaissent exécutés par le sujet lui-même* mais où un sentiment d'emprise lui donne l'impression qu'on le force à les faire : en font partie :

les élocutions impulsives (phrases prononcées par le sujet, malgré lui);

les élocutions imposées (mots et phrases prononcées par le sujet sous l'empire d'une force extérieure);

les élocutions inspirées (mots prononcés par le sujet sous l'influence d'une force extérieure qui le « possède » et les lui souffle).

Elles suivent une graduation insensible jusqu'à une objectivation complète.

A côté des phénomènes imposés, Ey place :

— *Les phénomènes étrangers où le sujet n'a pas conscience d'une emprise, mais où à sa propre pensée et à sa propre voix se substituent des voix entendues comme étrangères à lui.* C'est lui qui articule ou prononce réellement les paroles ou les pense, mais il ne s'en rend pas compte. Il entend encore ces voix « dans sa tête » ou bien à l'extérieur, très lointaines, différentes des voix des personnes réelles qui l'entourent.

Termes de passages jusqu'aux hallucinations vraies, ce sont :

les voix muettes,
les voix intérieures dans sa tête ou ses organes,
les soliloques extérieurs,
les dialogues.

Observation VI.

Nous voudrions rappeler en quelques mots le souvenir de Mme G..., cette délicieuse petite vieille, Valaisanne aux cheveux blancs, et à la voix douce, qui n'oubliait jamais de nous remercier chaque jour des égards que nous avions pour elle et nous dire un mot gentil.

Elle a, au « Laurier », une vieillesse heureuse et tranquille de petite démente sénile, vivant dans son univers délirant, avec les voix affectueuses de son mari et de son fils, toujours

présentes quand elle les appelle. A notre approche, elle se penchait vers le plancher, tendait l'oreille et disait : « Alors, Papa, qu'est-ce que tu lui dis à la dame ? », puis, elle écoutait un moment, ses lèvres murmuraient. Un petit rire et un sourire complice, un regard plein de sous-entendus, soulignaient de temps en temps les plaisanteries de son mari qui savait si bien l'égayer. Se tournant vers nous, elle nous répétait : « Il dit qu'il vous remercie bien des soins que vous me donnez; il dit aussi qu'il viendra me voir demain, et qu'il apportera des gâteaux pour nous deux ». C'était toujours demain, l'attente d'une gâterie la ravissait. Le même manège recommençait, prolongeant cette curieuse conversation entre nous, la malade et la voix de son mari, perceptible pour elle seule mais qu'elle consultait toujours docilement avant de répondre. Mme G... attribuait à son propre discours un caractère hallucinatoire.

On rencontre parfois dans ce cadre des phénomènes de glossomanie : certains délirants parlent de façon paroxystique sous forme de langues étrangères communiquées.

L'ensemble de ces phénomènes ayant à sa base un sentiment d'emprise à la faveur d'une baisse de la vigilance cérébrale a été décrit par Claude sous le nom de « syndrome d'action extérieure ». Voici, en résumé, la description qu'il en donne : « Sous l'influence d'un double mécanisme, soit à base d'hyperendophasie et de rumination mentale, soit à la faveur de la persistance ou du réveil de souvenirs oniriques plus ou moins conscients », se développe un sentiment d'emprise. « Surtout chez les débiles ou les sujets à tendances paranoïaques, on peut retrouver un passé chargé de chocs affectifs, de complexes refoulés qui ont porté ces malades à se complaire dans des ruminations mentales prolongées; des extériorisations du langage intérieur hyperactif se produisent » : c'est l'hyperendophasie de Seglas. C'est alors que se déclenchent les hallucinations sous l'influence soit d'un choc affectif, soit d'un trouble de la santé

générale ayant une action sur les centres nerveux en créant des états crépusculaires qui révèlent une activité onirique imaginative et affective avec fléchissement de la critique, de la « vigilance » diraient Head et D. Lagache. Voici donc la notion des moments féconds où le rôle des facteurs biologiques est indiscutable, mais où celui de l'affectivité est primordial.

C'est ce que décrit De Clérambault sous le nom d' « automatisme mental », avec cette différence qu'il attribue aux premiers phénomènes des caractères de neutralité et d'athématisme qui ne répondent pas à la réalité et que la pathogénie mécaniste qu'il invoque n'est plus admise actuellement que par très peu d'auteurs.

Ces phénomènes que nous venons de décrire ne sont donc que l'exagération du langage intérieur normal; ce qui est primordial c'est leur caractère d' « altérité interne » qu'Hesnard ramène en définitive à l'existence d'un débat éthique du sujet avec une partie de lui-même éprouvée comme un interlocuteur. Il reconstitue le mythe de la possession par un démon perçu en lui-même sous le même aspect fondamental animique que l'halluciné de l'ouïe aperçoit ses voix et revêtu d'une signification semblable. Ce démon intérieur oriente ses émotions, ses gestes, ses paroles. « Il ne fait que condenser de façon préhallucinatoire l'univers diffus du grand halluciné sur une présence automatisante. Plus encore que l'univers d'altérité extériorisée, il est un univers de valeur éthique ». L'être mythique représente la vraie personnalité du malade déformée et renversée, mais chargée de signification maléfique et d'hostilité. Sa pensée est plus puissante que celle des voix hallucinatoires habituelles puisqu'elle peut agir à l'intérieur de la conscience. Cet antagonisme avec la personnalité du malade apparaît surtout à propos des paroles ou actes qui blessent le plus vivement la morale du sujet personnelle,

sexuelle ou sociale : il est la « matérialisation de l'Inquisition maléfique ».

De tous les phénomènes décrits, c'est l'écho de la pensée qui est le plus pénible puisqu'il est une dénonciation constante des pensées intimes, en général opposées à l'idéal de moralité du sujet. C'est un moyen pour le sujet de rejeter sur un autre la responsabilité des pensées qu'il réprouve. « Le débordement obscène, érotique, agressif, est dû moins à une pression excessive des tendances refoulées dans le fond de l'être affectif qu'à une destruction des cycles du comportement fragiles que sont les conduites de signification éthique ». L'automatisme mental n'est pas pour Hesnard « causé par le conflit éthique, mais c'est la signification éthique qui en permet la compréhension première ». La théorie d'Hesnard explique beaucoup de cas d'automatisme, — pas tous, — à moins qu'on ne considère avec lui toutes les déceptions ressenties par le sujet comme des dévalorisations éthiques avec sentiment d'abandon.

Observation VII.

Antonio Cast..., 38 ans, entre salle 19, le 18 septembre 1951. C'est un réfugié de la guerre d'Espagne.

Il est marié depuis deux ans avec sa cousine germaine; il n'a pu obtenir d'elle qu'elle renonce à un voyage projeté depuis quelques mois pour rendre visite aux siens en Andalousie. Il souffre de ne pouvoir l'accompagner, et devient de jour en jour plus triste. Le départ de sa femme était prévu pour la fin de juin. Au début du mois, il commence à entendre des voix masculines ou féminines inconnues qui commentent ses actes et lui donnent des ordres auxquels il obéit en général. Ces voix qui venaient d'abord de la respiration de sa femme sont maintenant intérieures, elles lui parlent depuis son flanc gauche et derrière les oreilles. Peu à peu, toute son attention se concentre sur son réveil. Il est à peu près certain qu'il lui attribuait la valeur symbolique de décider par la marche

inexorable des aiguilles l'heure du départ de sa femme puisqu'en même temps, il se mit à cacher toutes les valises et tout ce qui, de près ou de loin, évoquait un départ. Le tic-tac lui disait qu'elle ne reviendrait jamais et que lui-même serait tué à coups de révolver et irait retrouver son père. Maintenant, le réveil et les voix intérieures le commandent , il obéit sans critique aux ordres les plus curieux, jusqu'au jour où il sort nu dans la rue, brandissant la fameuse pendulette et où la police l'amène à l'hôpital. Le jour de son entrée, il a reçu l'ordre de se taire, il ne parlera que par signes rares, il est quasi-stuporeux. Il se barricade dans la lingerie, se recouvre de draps, contemple son réveil qu'il tient élevé à hauteur de sa tête, les yeux fixes, indifférent à tout ce qui l'entoure. Nous arrivons à le ramener au lit en lui dérobant l'objet par surprise, mais comme il lui commande de ne pas manger et de ne pas boire, le malade nous oppose la plus grande résistance. Une thérapeutique d'urgence s'imposait devant ce syndrome d'influence qui évoquait le délire de relation des sensitifs de Kretschmer.

Un premier électro-choc, dès le lendemain de son entrée amène une disparition spectaculaire de tous les phénomènes morbides avec autocritique et le retour d'un comportement normal. Par mesure de précaution il reçoit trois autres électrochocs et sort complètement guéri trois semaines après.

3° Les hallucinations psychomotrices graphiques.

Elles sont de la même veine que les précédentes et n'en diffèrent que par le fait que l'élément moteur représenterait les mouvements de l'écriture. D. Lagache en fait « une anticipation impérieuse de l'action ». Les observations en sont rares.

Delay et Neveu en publient une, celle d'une jeune Martiniquaise, naïve, suggestible, qui, après un choc affectif présenta la révélation d'un esprit avec écriture automatique : ce qu'elle écrivait n'était que la projection délirante des instances affectives subconscientes de sa personnalité tout imprégnée des croyances magiques de sa race.

Célèbre est le roman d'Hélène Smith, soignée par le médecin suisse Flournoy, qui, pendant ses états seconds, écrivait tantôt de l'hindoustani authentique, alors qu'elle ne l'avait jamais appris, tantôt en un néolangage martien, de longues lettres qu'elle signait ensuite, la main guidée par une force étrangère « Hélène S. d'esprit et de corps sain non déséquilibrée », d'une écriture qui n'était pas non plus la sienne.

4° Les hallucinations auditives verbales marquent un degré de plus dans l'extériorisation du langage.

Comme dit Hesnard, les opposant aux précédentes : « Cette fois l'halluciné entre en combat avec l'altérité externe ». Baruk en fait le degré ultime de la « contention de la pensée intérieure ».

Nous emprunterons à Janet l'observation d'un halluciné chez lequel il a pu suivre le passage progressif de l'examen de conscience douloureux jusqu'aux hallucinations les plus authentiques; elle est particulièrement riche d'enseignements.

Ce malade, âgé de 35 ans, est tourmenté jour et nuit par des voix extérieures, distinctes, identifiées à celles de ses camarades qui jugent sévèrement tous ses actes et l'injurient. Elles ont commencé à se manifester après un voyage pénible et des abus d'alcool. Ce sujet était fils d'alcoolique et en avait honte; à 14 ans, il eut une période d'obsession, puis, à 18 ans, une crise religieuse, au moment où sa mère voulut le convertir au protestantisme. A 25 ans, abandonné par sa femme, il eut des idées de suicide. Il reprit son équilibre grâce à un remariage et à des examens de conscience quotidiens qui apaisaient ses scrupules.

Les voix actuelles ont le même contenu et les mêmes expressions que ses examens de conscience, mais il ne les reconnaît

pas comme venant de lui : il les entend extérieures et étrangères; il a une croyance absolue et immédiate en leur jugement et elles lui donnent un sentiment angoissant d'irréparable. Le timbre, le ton blessant qu'elles emploient, le contenu qui lui révèle « des choses qu'il ne pourrait pas savoir lui-même », fortifient sa conviction.

L'objectivation s'explique de la façon suivante : l'examen de conscience scindait déjà la personnalité en examinateur et examiné. Les voix renforcent cette scission à la faveur d'une « baisse de tension psychologique » qui amène le sujet au niveau de la croyance sentimentale : fatigue, intoxication, émotion due aux moqueries de ses camarades sur son état d'ivresse, concourent pour favoriser cette baisse de tension préparée par la névrose obsessionnelle préexistante. Il prend aussitôt la position du condamné. Lors de la guérison, on assista aux transformations inverses : les voix devinrent plus dépendantes, répétant seulement au sujet des idées qui lui appartenaient.

Puis, il récupère le « son des voix », se rend compte que non seulement le contenu, mais aussi le ton, viennent de lui-même. Enfin, il en revient à l'examen de conscience, mais avec un sentiment d'emprise, il se sent contraint par une force, à faire ces examens de conscience, influence dont il se libère peu à peu.

Les hallucinations auditives peuvent se compliquer un peu plus et le mécanisme d'objectivation s'appliquer aux deux termes de l'opposition. Dès l'origine de la vie, l'être se trouve sollicité par deux tendances de sens contraire : le Bon et le Mauvais, le Plaisir et la Douleur, plus tard le Bien et le Mal, alliés au Beau et au Laid puisque les sentiments éthiques et esthétiques s'associent. Ils deviennent pour Janet les régulateurs de toutes les conduites individuelles et sociales. Le délire permet l'extériorisation de cet antagonisme alors qu'à l'état normal le Bien et le Mal sont étroitement unis. D'un côté les voix accusatrices, de l'autre

les voix favorables échangent parfois un véritable dialogue : Heuyer et Simon ont montré que l'aspect de cet antagonisme variait avec le niveau intellectuel : il peut se situer sur le plan métaphysique ou philosophique mais aussi sur le plan moral et utilitaire si le niveau est moins élevé; il peut prendre un aspect magique et archaïque chez les individus frustes.

C'est chez le persécuté que l'on trouve le plus souvent ce phénomène d'antagonisme, le Mal et la persécution étant premiers en date, le Bien et la défense ne venant que plus tard et faisant quelquefois pencher la balance vers les idées de grandeur. On trouve plus rarement des phénomènes simultanés ou des alternatives d'attaque et de défense dans le temps. En tous cas leur apparition est considérée comme un signe de chronicité et plus tard il arrive même, lorsque se dessine l'affaiblissement psychique, que le malade devienne étranger à cette lutte et n'y assiste plus qu'en spectateur. C'est le « Manichéisme délirant » de Guiraud.

Dans les délires mélancoliques, au contraire, le malade, condamné d'avance, n'a pas de voix favorables et il a en général, conscience que c'est son Moi nouveau qui est source de mal, antagoniste de sa pensée antérieure normalement bonne. On rencontre surtout l'opposition dans les délires de possession mélancolique où, avec une base affective de tristesse et de douleur, le malade assiste à la lutte du Bien et du Mal qui se joue en lui-même, ne faisant qu'objectiver un peu plus les débats de sentiments de l'individu normal. Cet antagonisme prend toute son ampleur dans les délires avec dédoublement de la personnalité, le bon étant le Moi ancien, le mauvais le nouveau Moi : la troublante histoire du Docteur Jekill et de Mr Hyde en est bien le meilleur exemple.

On trouve enfin cet antagonisme dans certains délires paranoïdes où il n'est qu'une manifestation d'ambivalence

située sur le plan moral et esthétique, témoin de la désagrégation de la personnalité.

Nous ne pensons pas devoir séparer de cette catégorie d'hallucinations, celles du goût et de l'olfaction, car la plupart du temps elles s'y associent. On les trouve rarement isolées. De tonalité affective habituellement désagréable ou pénible, elles reposent soit sur un petit élément confusionnel, soit sur un sentiment d'étrangeté et s'associent à des manifestations cénesthésiques. La psychose hallucinatoire chronique les intègre dans le délire avec l'ensemble des autres hallucinations et illusions, l'attitude délirante fondamentale leur donne une valeur péjorative et leur applique la croyance sans critique.

Il y aurait encore beaucoup à dire, en particulier à replacer ces phénomènes dans chaque structure délirante. Nous ne pouvons pas insister davantage et nous devons, maintenant, passer au second groupe.

B. - **Les hallucinations en relation avec l'onirisme, troubles des relations du Moi avec le monde extérieur, sont essentiellement représentées par les hallucinations visuelles.**

Nous avons déjà longuement insisté sur les rapports du délire et du rêve et sur le passage insensible de la perception normale aux phénomènes hypnagogiques et aux hallucinations vraies. Nous avons vu qu'une baisse de niveau psychique en est la cause et que l'imagerie pleine de valeurs symboliques qui fait irruption est, dans les onirismes pathologiques, la même que celle des onirismes normaux.

C'est pourquoi nous insisterons peu sur :

1° Les hallucinations visuelles simples :

Le thème de leur identité avec le rêve est exploité dans bien des œuvres littéraires. Nous évoquerons les contes de Tourguenief, par exemple, où dans « Claire Militch », le

dénouement nous laisse perplexe. Est-ce un conte, est-ce un rêve, ou une hallucination ? Aratov est en réalité Tourguenief lui-même :

« Aratov sentit tout à coup quelqu'un s'approcher de lui par derrière et poser le bras sur son épaule. A deux pas, dans son fauteuil, il voit une femme assise tout de noir vêtue, la tête tournée de côté... C'est elle, c'est Claire. Pourquoi ce visage si sévère, cet air désespéré ?... Aratov fut tout entier envahi par un seul sentiment : « Enfin ! Enfin ! ». — « Claire, dit-il, prouve-moi que c'est toi, réellement, regarde-moi ». Claire tourna lentement la tête, les paupières baissées s'ouvrirent et elle fixa étrangement Aratov. Il recula légèrement, poussa un long cri, prolongé et frémissant. Claire le dévisageait intensément, pensive et sévère, puis elle rougit et un sourire heureux, triomphant, illumina son visage. « Je suis pardonné ! s'écria Aratov. Tu as vaincu, prends-moi, je suis à toi ». Il s'élança vers elle... embrassa ses lèvres triomphantes. Il sentit la brûlure de leur contact et la fraîcheur humide de ses dents et un cri d'enthousiasme retentit dans la chambre presque obscure.

« Accourue à ce cri, Platonida Ivanovna le trouva évanoui; il était agenouillé devant le fauteuil, la tête reposant sur le siège; ses bras tendus en avant, retombaient, impuissants, de chaque côté du dossier; une expression de béatitude s'était figée sur son visage pâle ».

Edgar Poë le savait bien, quand il buvait, pour que l'imagerie de son rêve d'alcoolique aidât à sa création artistique : il ne pouvait résister au désir de retrouver ses hallucinations merveilleuses ou effrayantes, vieilles amies qui l'attiraient et auxquelles le vin et l'opium le ramenaient toujours. Les personnages qu'il créait, c'était un nouveau lui-même, avec sa mélancolie et son anxiété : femmes lumineuses mourant doucement dans des décors

lugubres, inquiétants et sans cesse en mouvement dans un cadre magique.

Nous retrouvons dans l'onirisme pathologique de la maladie de Gélineau les mêmes progressions hallucinatoires que dans l'onirisme normal : les narcoleptiques ont des visions « équivalents hypnagogiques », ou bien un onirisme qui précède l'accès de cataplexie, ou qui l'accompagne, « accès morphéïque sans sommeil », dirons-nous, pour traduire l'expression allemande « Schlafanfall ohne Schlaf ». Générateurs d'angoisse, ces troubles s'accompagnent, au moment où ils se produisent, de croyance délirante et la critique ne se fait que rétrospectivement. Le contenu des hallucinations est chargé de sens symboliques. Sous l'influence des perturbations de la fonction hypnique, les caractères positifs du sommeil morbide font apparaître les hallucinations et l'anxiété où ces malades sont plongés favorise la croyance.

Nous avons vu aussi comment les images consécutives et la mémoire éidétique annonçaient souvent les hallucinations optiques.

Dans son livre, le Professeur Delmas-Marsalet propose la classification suivante des hallucinations visuelles :

1° Premier groupe se produisant lors d'un fléchissement global de l'activité psychique, d'une dissolution uniforme de l'attention avec détachement de la réalité. Ce sont celles des :

— Etats préhypnotiques,

— Etats de sommeils partiels ou dissociés,

— Etats oniroïdes,

— Hallucinose pédonculaire,

— Etats confusionnels vrais.

2° Troubles affectifs « L'hallucination est une croyance

erronée jaillie d'une affectivité en désarroi qui modèle à son image la pseudo-réalité hallucinatoire » (Nodet).

— Mélancolie hallucinée,

— Manie hallucinée.

3° Etats de dissociation mentale :

— Schizophrénie,

— Démence paranoïde,

— Paraphrénies,

4° Délires hallucinatoires chroniques.

5° Démences :

— Démence sénile,

— Paralysie générale,

— Démences des encéphaloses.

Nous voudrions maintenant citer certaines :

2° Hallucinations visuelles un peu spéciales par leur nature ou bien par les circonstances dans lesquelles elles se produisent.

Les hallucinations lilliputiennes sont une persistance de la mentalité infantile, elles réjouissent en général celui qui les voit : le Professeur Delmas-Marsalet a montré leur caractère onirique indiscutable en utilisant avec succès l'action des antihypniques. Les personnages en miniature décrits par Leroy sont l'apanage des imaginatifs, des sujets doués de vives représentations visuelles, portés vers un symbolisme infantile. Elles engagent, comme les autres, toute la personnalité du sujet qu'elles replacent dans la vie de l'enfance, avec sa féerie, ses contes, sa magie et ses jeux de marionnettes. A l'opposé, si le malade voit des géants, la tonalité affective est, au contraire, faite de dépression et d'angoisse. Il est rare que ces personnages

parlent; s'ils le font, les voix sont lointaines et toujours le phénomène visuel est au premier plan.

Les phénomènes héautoscopiques, les images de double ont fait l'objet d'études passionnantes de psychologues, de psychiatres et de psychanalystes, mais aussi d'œuvres d'art car beaucoup de poètes et de musiciens en ont été le jouet et les ont traduites dans leurs créations artistiques : l'abaissement de tension psychologique dû à l'état de rêverie d'une âme tourmentée comme celle de GŒTHE, de SHELLEY, les faisait apparaître. En voici d'autres qu'évoque LHERMITTE : « Aussi bien chez Musset que chez d'Annunzio, lorsque surgit l'image de soi et qu'elle s'extériorise, non seulement le sujet ne doute point que cette figure illusionnelle lui appartient, que ce sont bien ses traits, l'expression de son visage, ses gestes, mais il a le sentiment aussi que cette image contient une âme qui est la sienne... chargée de toutes les malédictions de la vie... C'est par cette projection des sentiments dont le sujet est habité, par la tendance à rejeter au dehors ses fautes comme aussi à retrouver la grâce d'une jeunesse enfuie que se spécifie l'héautoscopie ».

Nous en avons vu de très beaux exemples dans le délire oniroïde de notre observation N° V, Colette P... Les faits d'héautoscopie étudiés par SOLLIER ne sont pas forcément morbides. Il suffit d'une baisse de niveau psychique pour qu'ils puissent apparaître; rêverie, délire de rêve, altération organique peuvent également les créer, chez des hyperémotifs angoissés et tourmentés comme l'était MAUPASSANT. Toujours triste, déprimé même enfant, il se complaisait dans un monde fantastique de légendes effrayantes. Il se sent vite écrasé par la peur de la mort et de la folie et la première apparition de son double « Lui » le terrifie : rentrant chez lui, il voit un autre lui-même assis dans son

fauteuil et étendant la main, il ne rencontre que le vide. Son double revient, lui dicte des lettres. Déjà dément, Maupassant ne critique plus son hallucination qui devient délire de possession dans ce cri d'angoisse qu'est « Le Horla » : cet être maléfique qui vit invisible près de lui et se manifeste par un phénomène d'autoscopie négative, la perte de son reflet dans la glace (qu'on trouvait aussi chez Hoffmann). Maupassant finit par mettre le feu à sa propre maison pour brûler son double. Mais il n'est peut-être pas mort. « Alors, il va falloir que je me tue ! », s'écrie-t-il.

L'existence d'hallucinations visuelles dans certains délires hallucinatoires chroniques avec troubles du langage intérieur semblerait contredire cette distinction que nous avons essayé de faire : en réalité, Laignel-Lavastine et Guiraud ont bien montré que ces phénomènes sont tout différents de l'onirisme. Le malade les attribue à ses persécuteurs qui lui parlent et dit non pas « Je vois », mais « On me fait voir ».

Nous voudrions conclure en indiquant la classification qu'Abély propose des délires; elle nous semble résumer celle que nous avons esquissée pour les hallucinations qui leur correspondent. Il distingue :

— Les « délires raisonnants », habituellement systématisés et logiques, chargés d'un énorme potentiel affectif où les malades « vivent intensément et seulement en plein éveil leur anxiété ou leur angoisse ».

— Les « délires oniriques ou oniroïdes », faits de composantes psycho-sensorielles, basés sur les troubles des centres du sommeil où les malades « vivent leurs rêves ».

Il en rapproche les délires paranoïdes anarchiques et déconcertants, discordants, de ces schizophènes qui « dorment leur vie les yeux ouverts ».

A condition d'y ajouter la notion de structure et de niveau de dissolution, cette conception ne s'écarte pas tellement des théories organodynamistes.

Disons en terminant que :

C. - **Il existe un passage possible de l'une de ces catégories à l'autre, suivant le mécanisme d'auto-enrichissement.**

Décrivant le syndrome d'influence, Séglas a montré comment les hallucinations visuelles de certains états oniroïdes peuvent laisser derrière elles des idées délirantes post-oniriques après disparition des conditions organiques qui les ont créées (loi de l'écart organo-clinique d'Henri Ey). Le délire s'installe, le malaise s'accroît et des hallucinations auditives font leur apparition témoignant cette fois de troubles plus profonds de la synthèse du Moi.

***

CONCLUSIONS

Partant de cette notion maintenant bien acquise que le symptôme, en psychiatrie, ne doit pas être séparé de l'ensemble de la personnalité, nous avons envisagé les hallucinations sous cet angle, en mettant d'abord l'accent sur le rôle immense que joue l'affectivité. Dans un premier chapitre, nous avons donc essayé de montrer que l'affectivité colore toute la vie psychique normale et pathologique à la lumière des théories psychologiques et psychanalytiques propres à éclairer ultérieurement le mécanisme des hallucinations, et en nous appuyant sur les données de l'expérience. Le psychisme nous apparaît pouvoir être représenté par des sphères à contours mobiles, situées à des niveaux différents, dont les limites s'interpénètrent sans cesse ou s'écartent dans un mouvement continuel : sphère de la causalité, sphère de la pensée affective, sphère des instincts, une qualité d'affectivité, différente pour chacune, leur est attribuée. Ce n'est qu'une image, mais elle nous semble rendre compte de la complexité de la vie psychique et de l'irruption des phénomènes morbides.

Il était, ensuite, indispensable de classer les multiples théories émises successivement sur les hallucinations, en essayant une étude critique de leurs bases et de leur valeur propre, avant de regrouper les éléments valables de chacune d'elles sous le vocable, sans doute bien audacieux, de « théorie affective des hallucinations », simple essai de synthèse, et simple suggestion. Le grand nombre de théories proposées peut, en somme, se ramener à trois groupes : les

thèses mécanistes, qui n'ont plus beaucoup d'adeptes, les thèses noétiques, auxquelles la conception neurobiologique fournit un appui solide, enfin les théories organodynamistes, dernières en date, appuyées sur un substratum expérimental : l'étude des sommeils normaux et pathologiques.

Nous avons voulu ensuite montrer que le passage était insensible de la pensée normale à la pensée morbide, qu'il y avait simplement des différences de degrés, que si le rêve est « l'hallucination de l'homme normal », l'hallucination est aussi « le rêve du délirant ». Tous ces phénomènes se situent sur le plan de la pensée affective qui est non seulement celle du rêve et du délire, mais aussi celle de l'enfant, de l'artiste et du primitif. Quelques rappels artistiques, des emprunts à la littérature médicale et des observations cliniques terminent cet exposé.

Le déséquilibre d'une affectivité riche est source de délire pour peu que des facteurs déclenchants actuels viennent accroître le malaise; l'hallucination projette à l'extérieur, objective par différents mécanismes les éléments du monde délirant. Elle est, elle-même, source de malaise et ce nouveau trouble enfoncera de plus en plus le malade dans son univers morbide où les hallucinations se multiplient : ce processus nous a semblé assez important pour en faire un chapitre à part que nous avons illustré à l'aide d'observations cliniques et intitulé : Le mécanisme d'auto-enrichissement des hallucinations.

Une théorie affective pouvait dès lors être formulée de la façon suivante :

1. L'hallucination est un symptôme qui peut se produire chaque fois que la vie émotionnelle est troublée et qui n'appartient pas spécialement à des cadres morbides déterminés.

2. Pour qu'elle survienne, il faut qu'à la faveur de cette dysthymie se produise une baisse de niveau sous l'influence de diverses causes qui peuvent, elles-mêmes, être de nature émotionnelle.
3. Quelle que soit cette cause, les hallucinations surviennent à l'occasion de paroxysmes affectifs.
4. Leur richesse et leur qualité dépendent de la richesse et de la qualité de l'affectivité de celui qui les éprouve.
5. Elles reproduisent les préoccupations actuelles des malades ou les conflits anciens, réactivés par un conflit actuel, grâce au mécanisme d'objectivation.
6. L'hallucination a un rôle : elle réalise l'auto-défense du sujet contre le déséquilibre de son affectivité et donne une « forme » à son anxiété vague.
7. La croyance délirante, fait purement affectif, tient une place essentielle.
8. Les hallucinations s'entretiennent d'elles-mêmes grâce à un processus d'auto-enrichissement.
9. L'existence d'hallucinations ne laisse jamais le sujet indifférent.
10. Leurs relations intimes avec l'affectivité s'appuient sur des preuves expérimentales ou sur des preuves psychologiques ayant valeur d'expérience qui sont les suivantes :

— les expériences d'excitation du cortex cérébral,
— l'influence sur l'affectivité et les phénomènes hallucinatoires des modifications de la circulation cérébrale,
— les intoxications expérimentales,
— la description des deux types psychologiques : l'intellectuel et l'affectif en relation avec la fréquence des délires chroniques,
— l'histoire d'un fait de croyance ayant arrêté des hallucinations,

— les résultats de la psycho-chirurgie.
— l'action sur les hallucinations des thérapeutiques de choc.
— enfin l'étude du réflexe psychogalvanique faite dans le service avec observations cliniques et tracés à l'appui.

Notre sixième et dernier chapitre utilise les données précédentes pour proposer, à la suite des travaux des Professeurs Delmas-Marsalet, Ey, Lhermitte, en particulier, une classification des hallucinations : il nous semble essentiel de distinguer d'une part celles qui sont liées au langage intérieur et à l'hyperendophasie représentant un « trouble de l'intégrité du Moi » (type : les hallucinations auditives verbales) et d'autre part celles qui sont en relation avec l'onirisme représentant un « trouble dans les relations du Moi avec le monde extérieur » (type : les hallucinations visuelles).

Toutes deux montrent un passage progressif avec des états intermédiaires depuis le normal jusqu'au pathologique. Elles sont toutes inséparables de la personnalité profonde du sujet, sous-tendues et colorées par l'affectivité, et peuvent s'associer ou se succéder chez le même malade.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession; honorée à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Bordeaux, le 10 octobre 1951.
Le Doyen,
G. PORTMANN.

Vu, *le Président du Jury,*
P. DELMAS-MARSALET.

Vu et permis d'imprimer.
Bordeaux, le 16 octobre 1951.
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Abély. — La mauvaise foi chez les délirants. *Soc. médico-psycho.,* Séance 8 nov. 1948.

Abély. — Le diencéphale, carrefour de jonction et d'entente de la médecine psychosomatique et de la médecine somato-psychique. *Soc. médico-psycho.,* Séance du 12 juil. 1948.

Abély, Assailly, Lainé. — Les facteurs vasculaires et endocriniens de l'affectivité. *L'expansion scientif. franç.,* Paris 1948.

Abély, Assailly, Lainé. — Etude clinique et physiologique d'une dynamique affective. La pensée affective et l'humeur instinctive. *Soc. médico-psycho.,* Séance 22 déc. 1947.

Abély, Assailly, Lainé. — Affectivité et circulation cérébrale. *Soc. médico-psycho.,* Séance 8 déc. 1947.

Achille-Delmas (F.), et Boll. — La personnalité humaine. Paris, Flammarion, 1925.

Agadjanian (K). — L'action de la mescaline sur le mésencéphale. *Sem. Hôp. Paris,* 1941, n° 17.

Agadjanian (K.). — Le mécanisme physio-pathologique des perceptions sans objet. *Sem. Hôp. Paris,* 14 avril 1945, p. 367-373.

Agadjanian (K.). — Le mécanisme des troubles perceptivo-associatifs en rapport avec l'origine des hallucinations et du délire, étude physio-pathologique. Peyronnet, Paris, 1946.

Alliez, Noseda.. — Considérations statistiques et cliniques sur les hallucinations olfactives et gustatives. *Ann. médico. psycho.*, I, 1945, p. 134.

Arthus (H.). — Une psychologie virtualiste. Le village, test d'activité créatrice. Hartmann, 1949.

Bachet. — Etude sur les états de nostalgie. *Ann. médico. psycho.*, I, mai 1950, p. 559; II, juin 1950, p. 11.

Baillarger. — Des hallucinations. Baillière, Paris, 1846.

Baruk. — (Discussion). *Ann. médico. psycho.*, I, 1937.

Baruk. — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale. Masson, Paris, 1938.

Baruk. — Précis de Psychiatrie. Masson, Paris, 1950.

Baruk. — Psychiatrie morale, 2e éd.

Baruk, Racine. — Bloc auriculo-ventriculaire gauche dans un cas d'hallucinations psychiques avec troubles de la contention de la pensée intérieure. *Ann. médico. psycho.*, I, 1939, p. 418.

Baruk, Racine. — Les troubles de la circulation cérébrale et de la circulation générale dans les psychoses. *Ann. médico. psycho.*, II, 1940, p. 206.

Baudelaire (Charles). — Les paradis artificiels.

Beers (Clifford). — « A mind that found itself », 1933.

Benon, Gelma. — Les délires à éclipses chez les alcooliques. *Ann. méd. psycho.*, 27 avril 1908.

Bernheim. — Les hallucinations. *Encéphale*, 10 juin 1913, p. 509.

Bessière, Mlle Gravejal. — Onirisme lilliputien et gastronomique par carence alimentaire. *Soc. médico. psycho.*, Séance du 9 nov. 1942.

Bleuler (E.). — « Affektivität, Suggestibilität, Paranoïa ». Carl Marhold, Zürich, 1906.

Blondel. — Paranoia et hallucinations. *Encéphale,* I, mai 1910, p. 612.

Borel. — Les psychoses passionnelles. *Soc. médico. psycho.,* mai-juin 1949.

Borel, Petit-Dutaillis, Messimy, Janny. — Délire onirique avec fabulation fantastique, consécutif à une lésion orbito-frontale bilatérale. *Société française de neurologie,* Séance 3 mars 1949.

Boven. — Introduction à la caractérologie. Lausanne, 1946.

Burstin (J.). — Pensée affective et psychopathologie. *Ann. médico. psycho.,* II, 1939, p. 382, 495, 557.

Campbell (C.-M.). — « Hallucinations, their nature and significance ». *Am. journal of psychiatry,* 9 : 607, janv. 1930.

Capgras et Nodet. — Hallucination psychique à localisation auriculaire unilatérale. *Soc. médico. psycho.,* Séance 11 mars 1937.

Cavé (Mme M.). — Base affective d'une idée délirante de grandeur. *Ann. médico. psycho.,* mars 1949.

Cénac (M.). — Psychiatrie et psychanalyse. *Ann. médico. psycho.,* I, 1943, p. 279.

Chaslin. — Contribution à l'étude des rapports du délire avec les hallucinations. *Ann. médico. psycho.,* II, 1890.

Chatagnon, Mlle Brosse, Scherrer, Mlle Chatagnon. — Réactions du système végétatif neurovasculaire au cours de l'évolution d'un délire hallucinatoire chronique. *Ann. médico. psycho.,* I, 1939, p. 248.

Chatagnon, Scherrer, Mlle Chatagnon. — Psychose hallucinatoire curable de la ménopause et poussée hypertensive. *Ann. médico. psycho.,* I, 1938, p. 373.

Chatagnon, Torris. — Novocaïne intraveineuse dans les états de déséquilibre émotionnel et dans les états hallucinatoires. *Soc. médico. psycho.*, Séance 26 fév. 1946.

Chweitzer, Geblewicz, Liberson. — Etude de l'électroencéphalogramme humain dans un cas d'intoxication mescalinique. *L'année psychologique*, 1936, p. 94.

Claparède (E.). — Stabilité des synopsies à de longs intervalles. *Archives de psycho.*, XXV, n° 100.

Claude (H.) et Ey (H.). — Les théories neurologiques des phénomènes psycho-sensoriels. *L'Encéphale*, II, 1932, p. 576.

Claude (H.), Ey (H.). — Evolution des idées sur l'hallucination. *L'Encéphale*, I, 1932, p. 361.

Claude (H.), Montassut. — La compensation idéo-affective. *L'Encéphale*, I, 1925.

De Clérambault. — Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique. *Ann. médico. psycho.*, 1909, p. 220.

Copelman, Stanesco. — L'exploration de l'affectivité en médecine légale par la méthode du réflexe psychogalvanique. *Congrès de langue franç. de méd. légale, sociale et du travail*, Lausanne, 21-23 mai 1948.

Cossa (P.). — Sur quatre cas de psychose hallucinatoire, essai d'interprétation. *Ann. médico. psycho.*, I, 1939, p. 357.

Cossa (P.). — Organogénèse ou psychogénèse des troubles mentaux. *Ann. médico. psycho.*, I, mars 1947, p. 241.

Courbon. — Hétérogénéité du comportement hallucinatoire. *Ann. médico. psycho.*, I, 1937, p. 792.

Courbon, Chapoulaud. — Hallucinations visuelles et unilatéralement auditives chez un alcoolique otopathe. *Ann. méd. psycho.*, I, 1937, p. 764.

Daumézon, Gusdorf. — Ecriture en miroir du membre fantôme gauche d'un amputé délirant; considérations sur le mécanisme hallucinatoire. *Ann. méd. psycho.*, I, 1939, p. 278.

David, Hécaen, Coulonjou. — Hallucinations auditives sans délire par affections neurologiques. *Ann. médico. psycho.*, I, 1944, p. 139.

Dechaume. — Psychiatrie et physiologie. *Ann. médico. psycho.*, I, 1943, p. 64.

Delay. — Les dérèglements de l'humeur. *Presses univers. de France*, Paris 1950.

Delay. — Psychiatrie et Psychologie. *Ann. médico-psycho.*, I, 1943, p. 160.

Delay, Gérard, Racamier. — Les synesthésies dans l'intoxication mescalinique. *L'Encéphale*, 1951, N° 1.

Delay, Girard. — L'intoxication mescalinique expérimentale. *L'Encéphale*, 1948, N° 7.

Delay, Neveu, Jouannais (Mlle). — Délire spirite avec écritures automatiques polymorphes. *Ann. médico-psycho.*, II, 1942, p. 362.

Delmas-Marsalet (P.). — Le trouble aphasique ne constitue pas un déficit statique. *L'Encéphale*, mars 1938, N° 3.

Delmas-Marsalet (P.). — Electro-choc et thérapeutiques nouvelles en neuropsychiatrie. Baillière, Paris 1946.

Delmas-Marsalet (P.). — Notions de psychophysiologie. Cours du diplôme de neuropsychiatrie (à paraître).

Desoille. — Exploration de l'affectivité subconsciente par la méthode du rêve éveillé. D'Artrey, Paris, 1938.

Ey (H.). — Hallucinations et délires. Alcan, Paris, 1934.

Ey (H.). — Les problèmes physiopathologiques de l'activité hallucinatoire. *Evol. psychiatr.*, II, 1938, p. 3.

Ey (H.). — Esquirol et le problème des hallucinations. *Evol. psychiatr.*, I, 1939.

Ey (H.). — Quelques aspects généraux du problème des hallucinations. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, V, 32, 1933.

Ey (H.). — Conception organodynamiste de la Psychiatrie. *Ann. méd. psycho.* I, 1943, p. 259.

Ey (H.). — Etudes psychiatriques I, II. Desclée de Brouwer, Paris 1949-1950.

Ey (H.), Mignot. — La psychopathologie de Moreau de Tours. *Ann. médico-psycho.*, II, oct. 1947, p. 225.

Ey (H.), Rouart. — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamiste de la neuropsychiatrie. *L'Encéphale*, de mai à août 1936.

Faure (J.). — D'une constitution bioélectrique de l'hyperémotivité. *L'Encéphale*, 1950, N° 3, p. 236.

Faure (J.). — Sur des variations concomitantes de l'activité électrique cérébrale et de la résistance électrique de la peau. Réunion annuelle de l'Association des Physio. de langue française. Liège, 9 octobre 1951.

Faure (J.) — Etude EEGique de trente-deux narco-analyses. Société d'EEGie de langue française, Paris, 6 mai 1951. A paraître dans la *Revue neurologique*.

Flournoy (H.). — Le problème des hallucinations au point de vue psychanalytique. *Archives suisses de neurologie* et *psychiatrie*, V, 32, 1933.

Fouks, Colmichie, Filermann, Filou, Donoff (Mlle). — Notes sur la psychologie des délires systématisés, dissociatifs et mélancoliques. *Société méd. psycho.*, séance du 12 juin 1950.

FREUD (S.). — Remarques psychanalytiques sur l'auto-biographie d'un cas de paranoia (Dementia paranoïdes). *Revue française de Psychanalyse*, V, 1932, N° 1.

FREUD (S.). — La science des rêves.

FREUD (S.). — Introduction à la Psychanalyse.

FREUD (S.). — Cinq Psychanalyses.

FREUD (S.) — Ma vie et la Psychanalyse.

GALLAVARDIN, REYSS, BRION, MOREL. — Hallucinations auditives verbales, tentative de traitement chirurgical par topectomie pariétale basse bilatérale, résultats heureux. *Société suisse de Psychiatrie*, Berne, 19 nov. 1949.

GARCIA (A.). — Théorie affective des hallucinations. *Ann. médico-psycho.*, février 1951, p. 170.

GELMA (E.). — Au sujet du délire. *Journal de Psycho.*, avril 1938, p. 287.

GENIL-PERRIN. — Les Paranoïaques. Maloine, 1926.

GISCARD. — Psychogénèse des hallucinations. *Archives de Philo.*, XIII, cahier 1938, 3, pp. 329, 348.

GREEF (DE). — Notre destinée et nos instincts. Plon, 1947.

GRESSOT (M.) — Etude sur les images éidétiques. Thèse, Lausanne, mars 1947.

GUILLY (P.). — Le Club des Haschischins. *L'Encéphale*, N° 2, 1950, p. 179.

GUIRAUD. — Aperçu sur l'état actuel du problème des hallucinations, *Ann. médico-psycho.*, 1, 1937, p. 475.

GUIRAUD. — La théorie des écrans sensoriels et l'hallucination. *Ann. médico-psycho.*, 1, 1937, p. 618.

GUIRAUD. — Pathogénie, étiologie des délires. Congrès international de Psychiatrie, Paris 1950. Tome I.

Guiraud. — Psychiatrie générale. Le François, Paris, 1950.

Guiraud, Caloutsis. — L'exploration clinique en Psychiatrie. *Ann. méd. psycho.*, I, janv. 1949.

Hesnard (A.). — L'univers morbide de la Faute. *Presses univ.*, Paris, 1947.

Heuyer. — De Clérambault. *L'Encéphale*, IV, 1950, p. 423.

Hill (J.-M.). — Hallucinationes in Psychoses. *Journal of nervous and mental diseases*, vol. 83, N° 4, avril 1936.

Hill (Denis), Pond, Bey. — *Revue oto-neuro-opht.*, N° 2, mars 1950, p. 70.

Hoffmann. — Contes fantastiques.

Janet (P.). — De l'angoisse à l'extase. Etude sur les croyances et les sentiments. Alcan, Paris, 1931.

Janet (P.). — L'examen de conscience et les voix. *Ann. médico psycho.*, I, 1938, p. 93.

Kleist (K.). — Episodische Däumerzustände. Leipzig, 1926.

Konczewski. — La pensée préconsciente, essai d'une psychologie dynamiste. Biblio. de Philo. contemporaine. Alcan, Paris, 1939.

Lacan. — De la psychose paranoiaque, dans ses rapports avec la personnalité. Thèse, Paris, 1932.

Lagriffe (L.). — Guy de Maupassant, étude de psychologie pathologique. *Ann. médico-psycho.*, 1908-1909.

Laignel-Lavastine, Mignot, Menanteau. — Représentations aperceptives ou hallucinations hypnagogiques au cours d'un délire passé à la chronicité. *Ann. médico-psycho.*, I, 1941, p. 270.

Lapicque (L. et M.). — Contrôles encéphaliques de sens inverse sur deux sortes d'excitabilité-réflexe. *C. R. des séances de l'Académie des Sciences*, séance du 9 décembre 1940, II, p. 577.

Leroy. — Les hallucinations lilliputiennes. *Ann. médico-psycho.*, 26 juillet 1909.

Levin (M.). — Auditory hallucinations in non psychotic children. *American Jour. of Psychiatry*, 11 : N° 6, mai 1932.

Lévy-Brühl. — La catégorie affective du surnaturel. *Revue philosophique*, mai 1931.

Lhermitte. — L'hallucinose pédonculaire. *L'Encéphale*, I, 1932, p. 422.

Lhermitte. — Désordres de la fonction hypnique et hallucinations. *Ann. médico-psycho.*, I, 1938, p. 1.

Lhermitte. — Les hallucinations. Doin, Paris, 1951.

Lhermitte, Hécaen, Coulonjou. — Le problème du Double dans le rêve et le songe. Héautoscopie et onirisme. *Ann. médico-psycho.*, II, 1942, p. 180.

Lhermitte, Sigwald. — Hypnagogisme, hallucinose et hallucinations. *Revue neurologique*, 73, 1941, p. 209.

Maïer (H.), de Zürich. — Ueberblick über das Problem der Sinnestaüchungen. *Archives suisses de neurologie et Psychiatrie*, V, 1933, p. 32.

Masselon. — Les hallucinations. *Journal de Psycho.*, 1912, p. 501; *Encéphale*, I, 1912, p. 133.

Mauco (G.). — Psychologie du primtif et psychologie de l'Inconscient. *Psyché*, N° 5, mars 1947, p. 261.

Maurois (A.). — Ariel ou la vie de Shelley.

Niessl von Mayendorf. — Ueber die Hirnpathologischen Grundlagen der optischen Halluzinationen. *Arch. f. ges. psych.*, XCVII, N° 1, 2, 1936, p. 132.

Mayer Gross (W.). — Ueber Halluzinationen. Jahres Versammlung des Deutschen Vereines für Psychiatrie, in Stuttgart am 24 und 25 april 1930. *Centralblatt für des ges. neur. u. Psych.*, Bd, 56, p. 443.

Michaux (L.), Gallot (H.-M.), Dubois. — Accès dipsomaniaques avec délire épisodique de possession chez un éthylique chronique. *Société médico-psychologique*, séance du 10 mars 1947.

Michel (A.). — Psychanalyse de la musique. *Presses univ. de France*, 1951.

Miller (E.). — The affective nature of illusions and hallucinations. *Journ. of neuro*, 12, 1931.

Minkowski (E.). — A propos du problème des hallucinations. *Ann. médico-psycho.*, I, 1937, p. 608.

Minkowski (E.). — L'affectivité. Evol. psychiatr., 1, 1947.

Minkowski (E.). — Aperçu sur l'évolution des idées en psychopathologie. *Société française de Psycho.*, séance du 7 janvier 1950.

Minkowski (E.). — A propos du problème des hallucinations. *Ann. médico-psycho*, I, 1937, p. 608.

Morel (F.). — L'hallucination est-elle accessible à notre connaissance ? *L'Encéphale*, II, 1939, 40, 41, N° 2.

Morel (F.). — Introduction à la psychiatrie neurologique. Masson, Paris, 1947.

Morselli. — Recherches expérimentales et délires. *Congrès internation. de Psychiatrie*, Paris, sept. 1950, I, p. 90.

Mourgue. — Le problème biologique de l'Hallucination. *Ann. médico-psycho.*, II, 1931, p. 301.

Mourgue. — Neurobiologie de l'hallucination. Bruxelles, 1932.

Nacht (Sacha). — Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité. Alcan, Paris, 1935.

NAYRAC. — Les démences paranoïdes.

NODET. — Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques, essai nosographique. Thèse, Paris, 1937.

ODIER (Ch.). — L'angoisse et la pensée magique. *Actualités psycho. et pédagogiques,* 1947,

ODIER (Ch.). — Les deux sources consciente et inconsciente de la vie morale.

ORTHMAYR. — Sur les résultats de la lobotomie préfrontale. *L'Encéphale,* déc. 1950, N° 5.

PAILLAS, ALLIEZ, TAMALET. — Hallucinoses et hallucinations olfactives, considérations neurologiques et psychiatriques. *Ann. médico-psycho.,* avril 1949.

PAILLAS, BOUDOURESQUES, TAMALET. — Hallucinations visuelles d'origine temporale. *Société de neurologie,* 3 février 1949.

PARCHEMINEY. — Névroses et troubles du comportement dans leurs aspects préventifs. *Sem. Hôp. Paris,* 26 juin 1950, p. 2.284.

PASCAL (C.) et DESCHAMPS (A.). — Psychoses de sensibilisation. *Ann. médico-psycho.,* II, 1931, p. 8.

PAULHAN. — Le souvenir affectif. Alcan, Paris.

PERRENS (Ch.). — Délires et rêves. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux,* N° 45, 5 nov. 1922.

POPOFF (E.-A.). — Halluzinationen und Hemmung. Sovet. Psychonevr. Bd 12, N° 7, p. 5. (*Centralblatt für des ges. neur. und Psych.,* Bd 86, p. 643, 1937.)

POROT, BARDENAT, LÉONARDON. — Contribution à l'étude des rapports de l'hallucination et du délire. *Ann. médico-psycho,* I, 1937, p. 753.

Poë (Edgar). — Histoires extraordinaires.

Quercy. — Remarques sur les images consécutives, leur pouvoir hallucinogène, autoobservation. *Année psycho*, 28, 1928.

Quercy. — Etude des hallucinations. Alcan, Paris, 1930.

Quincey (de). — The Confessions of an English opiumeater.

Rank (O.). — Don Juan. Une étude sur le Double. Denoel et Steebe, Paris, 1914-1922.

Ribot. — Psychologie des sentiments, problèmes de la psychologie affective. Paris, Alcan.

Riese (Walter). — L'idée de l'homme dans la neurologie contemporaine. Paris, Alcan, 1938.

Roberti. — Rasegna di studi psichiatrici, Firenze, août 1937.

Roger, Paillas, Boudouresques, Tamalet. — Les hallucinations auditives au cours des tumeurs de la région temporale (à propos de treize observations personnelles). *Société médico-psycho.*, séance 25 oct. 1948.

Roncorini. — Benvenuto Cellini. Archivio di Psichiatria neuro patologia, antropologia criminale e medicina legale, 1905.

Rümke (H.-C.). — Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants. *Congrès international de Psychiatrie*, Paris, sept., 1950, I, p. 125.

Salmon (A.). — Les noyaux hypothalamiques dans la vie psycho-affective. *Arch. de neuro. de Bucarest*, II, 1930.

Schatzmann. — Rêves et hallucinations. Vigot, Paris, 1925.

Schilder (P.). — Ueber Halluzinationen. *Zeits. für d. gesel neurol. und psychiatrie*, 53, 1920.

Schröder. — Sinnestauschungen und Hirnlokalisation. Leipzig. *Zeitschr. f. d. g. neurologie und Psychiatrie*, CLVIII, 1937, p. 261.

Sisesti (Jonesco), Copelman. — De l'utilité du réflexe psycho-galvanique en neurologie. *Presse médicale*, 15 mai 1940.

Sollier. — Les Phénomènes d'autoscopie. Paris, Alcan, 1903.

Soulairac, Suttel. — De l'antagonisme du Bien et du Mal dans quelques délires. *Ann. médico-psycho.*, II, 1939, p. 13.

Steck. — La conception bleulérienne de la Psychiatrie. *Ann. médico-psycho.*, I, 1943, p. 241.

Sutermeister (Bern). — Zur Geschichte des Psychogeniebegriffs. *Revue suisse d'hygiène mentale, Gesundheit und Wohlfahrt*, août 1945, p. 377.

Veatra, Angiobella. — Un cas de folie sensorielle en corrélation avec une accusation de faux, étude médico-légale. *Il Manicomio*, 1904.

Vie (M.-J.). — Sur la nature de la certitude hallucinatoire et l'étude analytique des hallucinations. *Ann. médico-psycho*, I, 1937, p. 615.

Vujic, Lévi. — Die pathologie der optischen Nachbilder und ihr klinischen Verwertung. Klager 1939.

⁂